

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

THÈSE

N°

601

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Marie-Claire DOLGHIN née LOYER

le 3 juillet 1937 à Paris (5e)

Diplômée de l'Ecole de Puériculture

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

"LES GRANDES ETAPES DE LA VIE FÉMININE"

Etude Psycho-Physiologique

Président : Mr. S. de SEZE, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Marie-Claire DOLGHIN née LOYER

le 3 juillet 1937 à Paris (5e)

Diplômée de l'Ecole de Puériculture

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

"LES GRANDES ETAPES DE LA VIE FEMININE"

Etude Psycho-Physiologique

Président : Mr. S. de SEZE, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.

1^{er} ASSESSEUR } Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR } Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
—	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	MM.
Thérapeutique	N...
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)
	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
	SCHERRER (J.)
	KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.)
	ROUCAYROL (J.-Cl.)
	TUSIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2^o CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique	MM.	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
Cliniques chirurgicales	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)		CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DEGOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	N...
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	CONTE (M.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	MM.	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		OFFRET (G.)
— — (Cochin)		BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)		MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-ptisiologie (Laennec)		BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)		SÈZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)		DEGHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Vidal)		GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)		JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)		ABOULKER (P.)
— — (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)		DOMART (A.)
— — (Lariboisière)		BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)		RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)		WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)		POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
Médecine	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHTER (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
	POLONOVSKI (Cl.)
Pédiatrie	ROYER (P.)
	KREIS (B.)
Pneumo-Phtisiologie	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM		MM.
Anatomie pathologique . . .	BOUYGOU (Ch.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

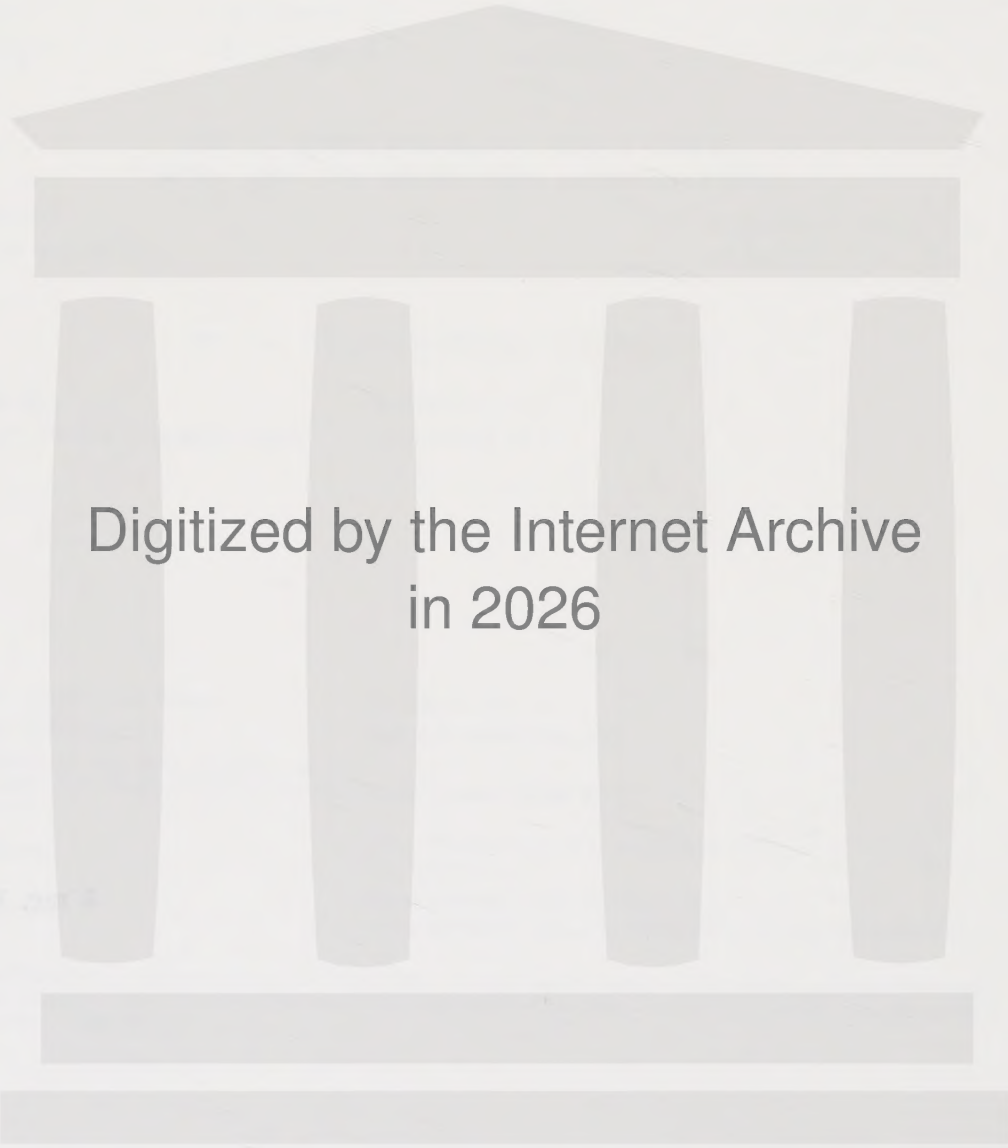
IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique . .	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque .	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Mari.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544304_0025

A mes Parents,

A mes Amis.

A Monsieur le Professeur de SEZE.

Officier de la Légion d'Honneur.

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Médecin des Hôpitaux.

Qui nous a fait le grand honneur de
présider notre thèse.

A Monsieur le Professeur Henri BARUK

Membre de l'Académie de Médecine,

que nous ne saurions assez remercier
du bienveillant intérêt qu'il a porté
à notre travail.

INTRODUCTION

- Origine de cette étude : l'A.S.D.
- Le problème de la maternité
- Application des principes de l'A.S.D. à toute la vie féminine.
- Plan de l'étude.

L'idée de cette étude est née pendant un stage dans un service de gynécologie obstétrique où nous avons pu observer un grand nombre de femmes, aussi bien à propos des problèmes que leur posait le cycle menstruel qu'au cours de la grossesse et pendant les jours qui suivent l'accouchement.

Nous étions intéressée, en particulier, par l'accouchement sans douleur et les effets de cette technique, tant sur l'accouchement lui-même que sur le caractère de la mère. L'A.S.D. repose en effet sur deux grands principes : la connaissance des phénomènes physiologiques dont la future mère est l'objet leur démystification et la maîtrise de soi par la décontraction et le contrôle de la respiration.

Une telle technique, nous semblait-il, devait voir ses effets se prolonger au-delà de l'accouchement, dans la façon même dont la jeune mère vivait son nouvel état et ses relations avec l'enfant. Que l'A.S.D. ait des répercussions sur l'instinct maternel lui-même, cela ne fait aucun doute. Cet instinct, le plus puissant peut être chez la femme, se développe de toutes façons, A.S.D. ou pas, et d'ailleurs maternité réelle ou pas. Ce qui nous intéressait plus particulièrement cependant c'était de saisir les différences de qualité dans ces manifestations. En effet, à côté de son caractère éminemment positif personne ne peut nier ses aspects négatifs lorsqu'il se développe avec unilatéralité. D'autre part, il y a de réelles différences suivant les types de femmes dans la façon d'être mère. La question que nous nous posions à cette époque était la suivante : en quoi l'accouchement sans douleur permet-il à la femme de mieux se connaître pendant sa maternité et par conséquent de vivre son instinct maternel de façon plus nuancée, en somme de vivre ce domaine vital sans être absorbée par lui, sans cette unilatéralité qui est l'ennemie du développement psychique.

Cette influence est réelle. Elle apparait en filigrane dans les récits que font les femmes de leur accouchement et particulièrement dans ceux des mères qui ont eut un premier accouchement difficile sans préparation. Celles-ci peuvent en effet, faire facilement la comparaison avec la première naissance. Cet événement les a très souvent traumatisées, leur a enlevé même parfois le désir d'un deuxième enfant, les a troublées dans leurs rapports avec le premier-né. Elles apprécient d'autant plus l'A.S.D. quand les mauvais souvenirs ne font pas trop obstacle à la préparation. Le nouvel accouchement les remplit de joie, surtout parce qu'elles assistent réellement à la naissance, ce qu'elles n'ont pas connu précédemment (1).

Il est hors de doute que les premiers jours qui suivent la naissance de l'enfant sont primordiaux pour le développement de l'instinct maternel. C'est une période ultra sensible.

Une mère qui, à la suite d'un accouchement pénible, ne sent que dégoût pour son enfant et rancune envers son mari portera toute sa vie, dans ses relations avec ceux-ci, la marque indélébile de ces premières impressions. Il peut naître de ce dégoût des premiers jours un amour maternel excessif, fruit du sentiment de culpabilité ressenti alors par cette jeune mère qui se juge monstrueuse de ne pas aimer le nouveau venu. Dans cet ordre de faits l'A.S.D. permettra certainement à la plupart des femmes d'être plus détendues devant leur maternité, plus heureuses et partant plus normales; d'aimer leur enfant pour lui-même plutôt que par compensation d'un sentiment de culpabilité. Nous ne voulons pas dire par là que les femmes ont attendu l'A.S.D. pour aimer leurs enfants. L'amour maternel se développe naturellement pendant la grossesse et à la naissance quel que soit l'accouchement. Les mères césarisées aiment autant leur enfant que s'il était né par les voies naturelles. Mais nous pensons néanmoins qu'il existait autrefois dans les relations mère-enfant une composante dramatique due à l'accouchement et qu'elle avait une influence aussi bien sur le caractère de l'enfant que sur celui de la mère.

Malheureusement les effets de l'A.S.D. ont tendance à se limiter à la naissance elle-même car le problème de la maternité n'est pas posé. Les effets bénéfiques de la technique enseignée ne sont pas utilisés dans la suite sinon par des femmes avisées qui en font une règle de conduite dans la vie en général.

(1) Voir à ce propos "Témoignages sur l'accouchement sans douleur" par A. et J. VELAI
Ed du Seuil.

La plupart des jeunes mères retournent à leurs mauvaises habitudes dès que l'enfant est là. On ne pense pas qu'il soit nécessaire de prolonger plus avant cette attitude envers soi-même qui a été pratiquée pendant neuf mois. L'A.S.D. a atteint son but, la grossesse n'est plus un mystère, l'accouchement n'est plus un événement terrorisant, le mari n'est plus un étranger inconscient de ce qui arrive à son épouse, tout se passe bien, mais en quoi cette jeune femme est-elle préparée à être mère ?

Les jours qui suivent l'accouchement représentent, nous l'avons dit, une période sensible entre toutes. La jeune mère est sujette à la dépression qui suit normalement une action intense. Cette dépression est en conformité avec tout ce qui se pose à elle de nouveau, mais non avec la joie sans mélange qu'elle s'attendait à ressentir. C'est à ce moment aussi que son affectivité est le moins bien contrôlée. Elle va retourner chez elle et être aux prises avec les mêmes problèmes que sa mère et sa grand-mère ; suivie et soutenue jusque là par un milieu compréhensif, elle se retrouve seule devant une expérience nouvelle que personne n'oserait qualifier de difficile à vivre et qui l'est cependant. Il se produit en effet pour la maternité le même phénomène qui, à ses débuts, a entravé le développement de l'A.S.D. Il semble en somme absurde à la plupart de se poser un tel problème : les femmes ayant accouché et élevé leurs enfants depuis que le monde est monde, en quoi peut-on trouver quelque chose de nouveau dans de telles activités. Et les animaux ? Les femelles ont des petits et les éduquent tout naturellement. La femme, soumise comme les animaux à l'instinct maternel, devrait savoir d'emblée ce qu'elle doit faire et pouvoir se fier à cette voix de la nature.

Il nous semble cependant que le propre d'un développement humain, donc cérébral, est de permettre de repenser les manifestations de la vie qui, chez l'animal, ou le primitif, sont des instincts, afin de créer une faculté humaine, basée sur un instinct, sans doute, mais qui doit trouver chez l'homme une forme particulière. Trop souvent la femme vit sa maternité instinctivement, c'est-à-dire aveuglément soumise à l'espèce. Elle n'a que trop confusément conscience de ce qui lui arrive, et perd de ce fait une partie de ses qualités.

Elle est d'autant plus inclinée à vivre cet état sans se poser de questions qu'il représente pour elle un point d'appui. Elle y puise une confiance en elle

qu'elle ne connaissait pas jusque là. Elle bénéficie de la bienveillance de son entourage, de la protection que l'on donne naturellement à la mère et à l'enfant. C'est une manifestation de l'instinct de reproduction chez le mâle de protéger la femelle, fragile, après la naissance des petits, et les nouveaux-nés sans défense. Cette tendance naturelle a pris dans l'espèce humaine la forme consciente de vénération quasi-religieuse; ce qui est parfois justifié, mais le plus souvent abusif. Tout au moins, la mère, ayant conscience de ce respect, s'arroge un droit qui ne lui est pas destiné en tant qu'individu mais en tant que représentante de l'espèce. Elle y trouve un réconfort après la dépression qui suit l'accouchement. Elle s'identifie avec la "Mère Eternelle" à qui l'on porte respect, d'où une dangereuse inflation d'elle-même (les neuf mois qui précèdent la naissance, nous le verrons plus loin en détail, favorisent l'éclosion de ce sentiment). Cette vénération de la mère provoque une confusion regrettable entre l'instinct maternel et ce que, faute d'un meilleur terme, nous appellerons la fonction maternelle, c'est à dire une des fonctions que la femme a à développer en elle, parmi tant d'autres, en équilibrant l'instinct et la réflexion.

A ce point de vue la technique de l'A.S.D. n'est pas d'une grande aide pour la femme, si ce n'est en lui apprenant une certaine maîtrise de soi : l'habitude de cette maîtrise, qu'elle a prise pendant sa grossesse et son accouchement peut lui être d'un sérieux réconfort; mais il semble qu'il faudrait développer la question plus avant. Et pour cela aborder le domaine très vaste de la féminité, puis déterminer la part qui revient à la maternité dans la psychologie féminine; étudier le changement qu'elle apporte afin que la connaissance des phénomènes biologiques et psychiques dont les femmes sont l'objet leur permette de diriger leur vie féminine comme elles savent diriger leur accouchement.

La vie féminine pose en effet de nombreux problèmes à l'heure actuelle. S'ils ne semblaient pas exister au même point autrefois ce n'est pas seulement qu'ils étaient, pour la plupart, refoulés, mais aussi que la structure sociale existante offrait des barrières de protection favorisant le refoulement. La vie entière, pour beaucoup de femmes, se déroulait sous le signe de la maternité et de la communauté familiale et seules quelques individualités féminines sortaient du rang. Les structures sociales actuelles, beaucoup plus lâches, la mécanisation de la vie,

rétrécissant le nombre des taches féminines, la possibilité de liberté offerte à la femme, tous ces facteurs, en l'affranchissant d'une tutelle dont elle pouvait se plaindre à bon droit, la laissent libre mais sans directives.

Son sens créateur ne trouve plus à s'employer dans des réalisations néa- gères qui ne manquaient pas de valeur autrefois, et n'a trouvé chez la plupart, à titre de remplacement, que des occupations mécanisées qui lui donnent l'illusion d'une libération parce qu'elles sont salariées et en complète opposition avec celles de nos aïeules, mais qui feront bientôt leur insuffisance.

Parallèlement à ces problèmes sociaux les problèmes biologiques sont loin d'être résolus; on a fait un grand pas en ce qui concerne l'éducation sexuelle, la préparation des adolescents à leur premières règles et aux réalités de la maternité les problèmes de la frigidité féminine et plus récemment de la fécondité ont été bien démenbrés ces dernières années. Il reste cependant des inconnues et c'est sur celles-ci que nous porterons notre attention.

Plus que le problème de la puberté, celui du cycle menstruel en lui-même se pose, nous semble-t-il, et pour deux raisons principales : tout d'abord l'activi- té cyclique due aux différentes sécrétions hormonales, si caractéristiques de la biologie féminine, est mal connue et peu approfondie. Non que nous considérions la femme comme totalement dépendante des influences hormonales mais celles-ci n'en existent pas moins et sans doute leur caractère rythmé et leur action irrégulière augmentent leur pouvoir. D'autre part le problème des règles lui-même reste entier à l'heure actuelle. Les règles sont dans l'esprit de toutes les femmes (nous pouvons l'affirmer sans trop de risques) une période honteuse "tabou". Jugement qui imprè- gne toute la vie féminine. Activité cyclique et tabou des règles, voici deux éléments principaux que nous développerons au chapitre suivant.

En ce qui concerne la maternité, il nous semble qu'elle n'a, pour sa part, guère subi de modifications. De cette façon, bien des jeunes-filles ayant entre- vu un horizon de vie plus large retonbent-elles, dès la première grossesse, dans tous les conditionnements qu'elles ont critiqués chez leur mère, à l'exception d'un seul, la douleur de l'accouchement. Aussi chercherons-nous à analyser en détail toutes ces tendances qui naissent pendant la grossesse et s'affirment à la naissance de l'enfant ainsi que les problèmes éducatifs que pose la maternité.

Afin de limiter cette étude, nous laisserons systématiquement de côté des problèmes féminins cependant primordiaux, la puberté et la frigidité entre autres. Ils ont été étudiés en détail par la psychanalyse et dans cet ordre d'idées il n'y a plus grand chose à en dire (1). Par contre les aspects de la vie féminine que nous étudierons ont leur influence sur ces questions et nous l'indiquerons au passage.

Enfin nous laisserons de côté la ménopause, en partant du principe qu'une femme recueille à la ménopause le fruit de ces attitudes passées et que ce bilan dépend de la façon dont elle a vécu son cycle et ses maternités. On abandonne plus aisément ce qui a été vécu pleinement. Une ménopause harmonieuse sera le fruit d'une vie féminine harmonieuse.

Le plan de notre étude sera donc le suivant : un premier chapitre portant sur le cycle menstruel, un deuxième sur la maternité et l'éducation. Enfin, en conclusion, nous essaierons de montrer, qu'à l'instar de l'A.S.D., un principe de connaissance et de maîtrise de soi permettrait de vivre la condition féminine avec plus de bonheur.

(1) Cf Hélène DEUTSCH "La psychologie des femmes" P.U.F. et Anne Audéoud Naville "Eve et l'arbre de la connaissance". Col. Action et Pensée.

LE CYCLE MENSTRUEL

- Généralités
- Substratum physiologique, résumé des influences hormonales
- Les "Périodes" du Cycle
- Le problème particulier des règles
- Conclusion.

GENERALITES

Il semble naturel de commencer une étude sur la féminité par celle du cycle menstruel. C'est la première manifestation objective de son sexe et de sa destinée pour l'adolescente. Son apparition est bien souvent liée à la promesse des futures maternités, et la façon dont la jeune fille vit sa puberté détermine la femme et la mère qu'elle sera.

Si les études freudiennes ont montré que la sexualité s'éveillait bien avant la puberté et si les observations psychologiques montrent que chez la toute petite fille la conduite maternelle s'exprime très tôt dans les jeux (1), la première manifestation purement biologique de la féminité se situe à l'apparition des premières règles, c'est-à-dire au moment où s'installent conjointement les sécrétions hormonales propres à la vie génitale féminine, l'ovulation, et les menstrues (2).

Nous n'avons aucunement l'intention de nier par cette constatation la réalité du développement sexuel des premières années tel qu'il a été étudié par la psychanalyse mais nous y attacherons toutefois moins d'importance. Jusqu'aux premières règles la fillette est dans un état neutre, on pourrait dire non polarisé, qui, biologiquement, la rapproche du jeune garçon dont elle a d'ailleurs certains traits de caractère. L'apparition du cycle menstruel est une révolution physiologique parce qu'elle la soumet brutalement à un rythme nouveau qui sera la toile de fond de toute sa vie génitale. A partir de cette première menstrue, la jeune fille sera soumise, avec une régularité d'horloge, et pendant une trentaine d'années environ, à des influences hormonales contradictoires, rythmées dans le temps et dont la répercussion sur le caractère est considérable. Cette petite révolution biologique qui se fait plus ou moins silencieusement n'en est pas moins capitale dans le développement des futures qualités féminines et maternelles de la jeune fille.

(1) Cf Yvonne Rousseau, "Les troubles de l'instinct maternel"

(2) Quoique les premiers cycles, semble-t-il, soient anovulatoires.

Nous ne ferons que citer le problème particulier que représente le traumatisme des premières règles chez la jeune fille non prévenue et ses conséquences : dégoût et refus des règles allant jusqu'à perturber l'équilibre hormonal. Il est beaucoup moins fréquent qu'autrefois. La manière maladroite dont beaucoup de mères mettent leur fille au courant de cet événement a aussi été bien étudiée par la psychanalyse (1). Par contre on n'insiste peut être pas assez sur l'influence puissante de l'inconscient de la mère sur celui de la fille à cette époque. L'enfant soumise tout à coup aux mêmes influences biologiques que sa mère devient plus réceptive, comme un poste de radio accordé sur la même longueur d'onde, et perçoit la sphère inconsciente maternelle correspondant à celle qui s'éveille en elle. Les problèmes irrésolus relégués dans l'inconscient maternel sont captés par la fille et abordés par celle-ci avec les données conscientes ou inconscientes dont elle dispose, et ces données sont bien sûr le plus souvent insuffisantes. C'est ainsi que dans les cas de troubles psychiques graves à la puberté, principalement l'anorexie mentale, on constate entre la mère et la fille un attachement singulier, si intense que la jeune fille est littéralement sous l'emprise de sa mère et qu'on ne peut la guérir qu'en l'isolant de celle-ci (2).

Ainsi les premières règles sonnent le glas d'une époque neutre et font pénétrer la jeune fille dans une période troublée où les influences hormonales propres à l'individu s'augmentent des influences de l'entourage.

Avec l'installation du cycle menstruel la jeune fille est donc soumise à un déterminisme hormonal puissant qui, sans qu'elle s'en doute, oriente sa conduite et l'emprisonne subtilement. Elle rend souvent les règles responsables du sentiment d'infériorité qu'elle ressent, et regrette sa liberté de garçon manqué. La psychanalyse explique ce sentiment par ce qu'elle appelle "l'envie du pénis" ressentie dès la plus jeune enfance. Cette envie n'est peut être qu'une objectivation d'un sentiment de frustration plus profond. Eveillé pendant la première enfance, il prend corps à la puberté. Dans cet ordre de faits la maternité, nous le verrons plus loin, fait figure de compensation. Le manque de liberté ressenti n'est pas dû, nous semblerait-il, au handicap physique de la période menstruelle. Il est ressenti intérieurement

(1) Cf Hélène Deutsch "La psychologie des femmes " Tome I.

(2) Cf H. Baruk "Traité de Psychiatrie" T.II.

et plus particulièrement parce que les goûts et l'humeur se modifient, parfois sans raison apparente, laissant un sentiment d'ambivalence et d'incertitude inexpliqué, augmenté par la perception inconsciente, dont nous avons parlé plus haut, des problèmes féminins de l'entourage. Ces derniers d'ailleurs ont déjà conditionné la façon dont l'enfant a été mise au courant de ce qui lui arrivait.

La jeune fille traverse ce qu'on appelle l'âge ingrat. Elle accepte plus ou moins bien sa condition féminine matérialisée par les règles. Les troubles sexuels sont moins fréquents et moins complexes chez elle, cependant, que chez le jeune garçon. La vie sexuelle proprement dite reste en général plus latente chez l'adolescente mais par contre l'éveil de sa fonction féminine "se fait d'abord surtout sous une forme sentimentale, l'activité génitale ne se développant que secondairement" (1) (Les troubles sexuels apparaissent plus tard, après le mariage ou à la ménopause). Les futurs maternités prennent donc dans l'esprit de la jeune fille une place de choix. Elle n'a bien souvent que des idées très vagues sur l'amour et les relations sexuelles tandis qu'elle entraîne déjà d'instinct ses facultés maternelles. En avançant en âge elle se détourne de ces activités maternelles pour rechercher un partenaire masculin. Ces années d'adolescence ont une importance capitale chez la jeune fille. Plus peut-être que chez le jeune garçon. Elles préforment la future femme. La jeune fille oscille déjà entre ses tendances sexuelles et maternelles, en retournant parfois à ses activités plus garçonnières d'antan. Elle fait, en quelque sorte, la répétition générale de sa vie d'adulte. Toutes les forces en jeu sont présentes à l'état d'ébauche. La toile de fond, c'est, bien entendu, le cycle menstruel qui désormais rythme sa vie.

SUBSTRATUM PHYSIOLOGIQUE. RESUME DES INFLUENCES HORMONALES (2)

Ces influences hormonales nouvelles qui déterminent l'apparition des premières règles et le déroulement du cycle menstruel ont une double origine : hypophysaire et ovarienne (elles ont aussi une origine placentaire pendant la grossesse ce qui sera étudié plus loin). Le cycle menstruel est sous le contrôle de l'hypophyse antérieure qui sécrète trois hormones, dites gonadotropes, parce qu'elles stimulent les glandes sexuelles. Ce sont l'hormone folliculostimulante

(1) Cf Pr H. BARUK "Traité de Psychiatrie" T.II

(2) Cf Gilbert DREYFUS et R. DEBRISSE "Hormones et Sexualité" et MERGER LEVY MELCHIOR "Précis d'obstétrique".

(ou FSH) qui arrure le développement du follicule, l'hormone lutéo-stimulante (ou LH) qui, en synergie avec la précédente, déclanche la sécrétion d'oestrogènes par le follicule. A un certain équilibre entre ces deux hormones gonadotropes apparaît l'ovulation. Pendant les quinze premiers jours du cycle l'organisme est donc soumis à trois types d'hormones : le FSH, la LH et les oestrogènes. C'est la phase folliculaire.

Au quatorzième jour environ, se produit l'ovulation. La LH stimule alors la formation du corps jaune mais celui-ci n'est pas sécrétoire. Pendant la deuxième partie du cycle apparaît la troisième hormone gonadotrope hypophysaire dite lutéotrope (ou LT - c'est aussi, semble-t-il, l'hormone de la lactation) qui rend le corps jaune sécrétoire : celui-ci sécrète la progestérone. La deuxième partie du cycle est donc sous l'influence de quatre types d'hormones : les oestrogènes qui restent élevés, la LH et la LT, enfin la progestérone. C'est la phase lutéale.

Pour simplifier on peut considérer que la première phase du cycle sous l'influence des hormones oestrogéniques ; celles-ci favorisent l'ovulation et la fécondation ; la deuxième phase, elle, est sous l'influence des hormones progestatives qui favorisent la grossesse. Les deux points de repère marquant les changements d'influence sont, d'une part, les règles, faciles évidemment à localiser dans le temps, et, d'autre part, l'ovulation classiquement le quatorzième jour après les règles, mais parfois capricieuse et difficile à déterminer de façon précise. Certaines femmes présentent un léger saignement à l'ovulation, ou une douleur localisée au niveau d'un des ovaires. Le meilleur moyen de déterminer l'ovulation avec certitude reste actuellement l'étude de la courbe thermique. La température rectale matinale, en dessous de 37° pendant la première partie du cycle, subit, après l'ovulation, une élévation de cinq dixièmes de degré environ et reste en plateau jusqu'aux règles. Cette élévation thermique serait due à l'activité du corps jaune.

Nous avons donc deux types d'influences hormonales que l'on peut considérer comme opposées. Pour nous faire mieux comprendre nous prendrons un exemple dans le monde animal où les hormones sont bien plus déterminantes sur la conduite que dans l'espèce humaine. On sait que les femelles de mammifères sont soumises à un rythme cyclique où se succèdent l'"œstrus" (ou ovulation, ou période de chaleur) et le "dioestrus" (ou période de repos sexuel quand il n'y a pas eu fécondation).

Observons donc une femelle de mammifère à la période de chaleur. Toute son activité est tendue vers la recherche du mâle et la fécondation. Une chatte, par exemple, prudente et même timorée à d'autres moments, à toutes les hardiesses. Si précédemment elle allaitait des petits, elle s'en désintéresse totalement. Nous avons là une caricature de l'influence des hormones oestrogéniques sur le comportement. Observons cette même femelle une fois fécondée : elle devient hostile au mâle qu'elle recherchait quelques jours plus tôt. Toute son activité est orientée cette fois vers la protection des petits à naître, nouvelle caricature de l'action des hormones progestatives. Sa conduite est totalement différente, mais le but n'a pas changé : il s'agit, pendant la période de chaleur comme pendant la durée de la portée, de satisfaire à l'instinct de reproduction. Celui-ci apparaît donc nettement diphasique chez la femelle (tandis qu'on peut le considérer comme monophasique chez le mâle).

De nombreuses études expérimentales ont montré l'action des oestrogènes sur la ponte ovulaire et le comportement de la période de chaleur chez l'animal, ainsi que l'influence des hormones progestatives sur le comportement maternel, nous n'y reviendrons pas. Par contre nous citerons ici des données de psychopathologie expérimentale et en particulier les travaux de Mr le Professeur BARUK et de ses collaborateurs sur l'hyperfolliculinie provoquée chez l'animal (souris, pigeons, chatte). Les expériences pratiquées tendant à montrer qu'un excès de folliculine (Hormone "féminine") provoque tout d'abord une excitation, souvent érotique, qui se transforme bientôt en agressivité. Par la suite apparaît une phase d'apathie avec entraînement et risque de mort subite (qui correspondrait peut être à une insuffisance hypophysaire) (1).

Si nous citons cet exemple c'est que, nous le verrons plus loin, bien des femmes "normales", par ailleurs, sont sujettes au cours de leur cycle à des poussées hyperfolliculiniques qui, en plus des troubles somatiques qu'elles entraînent, peuvent s'extérioriser, sur le plan psychologique par des phénomènes assez analogues, d'excitation érotique ou d'agressivité. "De tels faits montrent l'action parfois extraordinaire sur le psychisme des hormones sexuelles". (2)

La femme, pendant le cycle, est soumise aux mêmes influences; celles-ci sont évidemment moins caricaturales mais n'en existent pas moins. D'autre part,

(1) Cf Pr H. BARUK et coll "Les psychoses hyperfolliculiniques en clinique humaine et dans l'expérimentation animale" Ann. Med. Psych. n° 3 Mars 1939

(2) Cf Pr. H. BARUK "Traité de psychiatrie" T. II.

dans l'espèce humaine, les manifestations instinctives sont reprises et modifiées par l'activité cérébrale consciente. C'est là toute la richesse et toute la difficulté de la conscience. La recherche du mâle devient amour de la femme pour l'homme la protection des petits, amour de la mère pour ses enfants. L'activité diphasique, nous le verrons plus loin, peut devenir conflictuelle.

En cherchant à définir l'action des hormones sexuelles sur le comportement féminin, nous ne voulons pas dire que la femme est totalement dépendante de ces influences. Nous sommes tous évidemment, pour la bonne marche de notre organisme, tributaires de nos glandes endocrines, ce dont nous n'avons conscience qu'en cas de mauvais fonctionnement. Les glandes agissent sur notre comportement mais ne le déterminent pas. Cependant leur action est plus ou moins grande suivant leur nature et leur mode de sécrétion. La particularité des glandes sexuelles féminines n'est pas seulement de sécréter plusieurs hormones d'action différente, voire antagonistes (ce que font beaucoup de glandes endocrines), mais que cette sécrétion soit rythmée dans le temps, de telle façon que chaque groupe garde la prééminence pendant une période suffisamment longue (14 jours) pour imprégner aussi le comportement. C'est peut être même la variation de ces sécrétions qui est le fait le plus important de la physiologie féminine, qu'on imagine, par exemple, que notre thyroïde fonctionne quinze jours par mois en légère hyper-sécrétion et les quinze jours suivants en légère hypo-sécrétion (sans pour cela dépasser les limites de la normale) au lieu de sécréter régulièrement ses hormones comme elle le fait habituellement (ou d'avoir des alternances si faibles et si rapides qu'elles sont négligeables). Il est certain que notre caractère serait bien plus dépendant de ce fonctionnement cyclique que d'un fonctionnement régulier. Nous entendons par là qu'un fonctionnement cyclique par ses variations donne des informations beaucoup plus nombreuses à la sphère psychique (consciente ou inconsciente) qu'un fonctionnement uniforme. Et que, par conséquent, il intervient beaucoup plus dans la psychologie.

La psychologie féminine nous semble donc avoir ce caractère particulier d'être déterminé par une fonction cyclique que l'on ne trouve pas chez l'homme. Pour définir les deux pôles de cette fonction nous serons obligée de caricaturer les différents comportements féminins et de leur attribuer quelque peu arbitrairement une place dans le déroulement du cycle alors que certains comportements dits "féminins" par exemple peuvent bien sûr avoir lieu pendant la phase dite "maternelle".

LES PERIODES DU CYCLE

Il n'empêche que c'est la succession de ces phases qui a créé, par ces répétitions, les différents aspects de la psychologie féminine et nous nous en tiendrons là pour une description claire.

Pendant le cycle menstruel la femme est donc assujettie à ces deux tendances "féminine" et "maternelle". Aussi, sans qu'elle s'en rende compte, la plupart du temps, vivra-t-elle, de ses règles à l'évolution, une période où l'influence hormonale dominante favorise la polarisation avec un élément masculin, tandis que dans la seconde période elle sera plus attirée par des activités maternelles, ou simplement plus sûre d'elle-même dans ses rapports avec autrui, plus autoritaire par exemple. L'ovulation elle-même n'est généralement pas perçue et le changement d'état est assez progressif d'une phase à l'autre. Mais la femme a déjà dans ces influences successives toute une gamme d'états subjectifs différents. Elle n'a pas, le plus souvent, conscience de ces variations. Elle est chaque jour un être nouveau mais croit chaque fois être la même, et, dans ce cas, c'est son entourage qui ressent ses sautes d'humeurs successives. Certaines femmes cependant sont conscientes de ces changements d'états et de la difficulté qu'il y a à harmoniser les tendances différentes qui les animent.

Les deux grandes lignes de force de l'affectivité féminine sont donc, à un pôle, la relation avec le partenaire masculin, et, à l'autre pôle, avec les enfants. Ces deux tendances, également développées, créent l'ambivalence et à la fois la richesse de l'affectivité féminine. D'ailleurs la tendance maternelle peut s'exprimer vis à vis d'un adulte, comme la tendance féminine vis à vis d'un enfant. Ce sont déjà les erreurs affectives sérieuses. La polarisation avec un enfant est très différente de celle qui peut exister entre adultes. Elle est tout compte fait peut être plus facile. Dès l'abord l'enfant projette sur l'adulte des qualités qui lui semblent aller de soi avec l'âge. Il se sent protégé, dirigé et accepte en toute confiance cette tutelle. Aussi la relation avec un enfant donne-t-elle confiance en soi, surtout si l'on s'identifie avec l'image que l'enfant a de vous, et de là à prendre une assurance exagérée il n'y a qu'un pas. La femme dont la destinée semble orientée vers l'élevage et l'éducation des enfants, se sent à l'aise dans ce monde où elle n'a pas besoin de rendre compte de ses sautes d'humeur, de ses variations

psychologiques, même si celles-ci sont responsables de troubles chez son enfant ce dont elle ne se rend pas compte la plupart du temps. Cependant la relation avec un enfant a cela de particulier qu'elle ne met pas en jeu deux personnes égales, L'adulte est infiniment plus puissant, plus seul aussi, mais il peut se retrouver dans l'enfant qui lui fait face et avoir avec celui-ci un dialogue qui par certains aspects est un dialogue avec lui-même.

Le dialogue avec un adulte est d'une autre nature, il s'agit d'un "autre" au sens plein du terme, qui n'acceptera pas forcément les relations de protecteur à protégé, d'autoritaire à subordonné, qui peut faire à tout moment preuve de sens critique. C'est une relation plus difficile au fond. Dans le couple elle est le plus souvent soutenue par la vie sexuelle. C'est elle qui permet d'entretenir le dialogue, qui assure la continuité et l'harmonie des relations. Mais une vie équilibrée sur ce plan n'est pas suffisante à maintenir les contacts entre l'homme et la femme si les autres plans ne sont pas également développés. Dans le couple les quatre plans essentiels : sexuel, émotionnel, rationnel et spirituel devraient être également vécus entre les deux partenaires. Ainsi toutes les parties de l'être trouveraient leur épanouissement. S'il n'entre pas, dans la façon de vivre ces états, la déformation d'une attitude maternelle ou filiale, on assiste à un véritable équilibre et à une union profonde. La femme peut chercher à avoir avec son mari des relations où son rôle de protectrice passe au premier plan, et transposer avec lui ses relations mère-enfant. Elle voit son mari comme un enfant de plus et s'enlève ainsi la possibilité d'un dialogue d'égal à égal. Elle peut aussi, à l'opposé, se cantonner dans une attitude où elle exploite son propre infantilisme, ou passer d'une tendance à l'autre selon les besoins du moment.

Dans les relations entre adultes, en dehors du couple, nous retrouvons les mêmes plans, spirituel, rationnel, émotionnel et sexuel et les mêmes tendances parentales et filiales. Suivant les caractères, les contacts sociaux prennent l'un ou l'autre de ses aspects. La femme donne toujours à l'ordre émotionnel une plus grande place que l'homme (1) qui vit plus volontiers sur le plan rationnel. C'est sur le plan émotionnel que les tendances maternelles ou filiales sont le plus facilement en jeu. Aussi on comprend que la femme y soit particulièrement sujette. Une relation

(1) Cf C.G. JUNG "Problèmes de l'âme moderne" Ed Buchet-Chastel et H. VON KEYSERLING "La vie intime" Ed Stock.

équilibrée entre adultes devrait faire intervenir en priorité les deux plans supérieurs, le plan émotionnel étant gouverné par eux. Si ce dernier prédomine les relations sont sous le signe de la passion ou de la sentimentalité avec tous les dangers que cela comporte. Elles se continuent volontiers sans entraves sur le plan sexuel expliquant aussi bien des infidélités imprévues. De même, pour être équilibrés, les contacts sociaux ne devraient pas faire intervenir de schémas parentaux ou filiaux mais laisser les deux partenaires sur un plan d'égalité et d'estime réciproques.

Dans les relations avec l'enfant le plan émotionnel doit lui aussi être hiérarchisé par les plans supérieurs afin d'assurer une attitude éducative.

Le domaine émotionnel est celui de la femme, tandis que le domaine rationnel est celui de l'homme (1). L'un et l'autre ont leurs dangers. Ils peuvent provoquer une attitude unilatérale en face de la vie et une incompréhension complète de l'autre sexe. La femme a besoin de reconnaître la valeur du plan rationnel, et ne doit pas craindre qu'il étouffe ses sentiments. Ceux-ci ne le sont que si elle le veut bien; c'est-à-dire si pour une raison personnelle elle cherche à les refouler. C'est sur le plan émotionnel que la femme fait l'expérience de ces deux pôles de son ambivalence affective, l'attitude féminine et l'attitude maternelle. Pour donner une valeur à cette ambivalence il est nécessaire que le plan rationnel, puis le plan spirituel, soient exploités par elle, sans quoi elle risque d'être comme une girouette successivement poussée par l'une ou l'autre de ces forces affectives. Le plan rationnel lui permet de se regarder avec un oeil critique et de prendre vis à vis d'elle-même une certaine distance. Le plan spirituel lorsqu'il est vécu, permet de trouver une synthèse entre ces deux types de relations qui sans cela risquent de l'écarteler toute sa vie. Ces deux types de relations, quand elles sont bien adaptées, sont aussi nécessaires l'une que l'autre. Par son instinct maternel, la femme reste proche du monde de l'enfance et de sa richesse. L'attention qu'elle porte à cet autre qui est un peu elle-même et qu'elle aide à devenir de plus en plus "autre" qu'elle à mesure qu'il avance en âge l'enrichit continuellement. Par son instinct féminin elle établit et maintient le dialogue avec son partenaire masculin; et tout l'art est de créer une harmonie entre ces relations différentes afin que nul ne soit lésé.

(1) Cf C.G. JUNG "Problèmes de l'Âme moderne, "Réponse à Job" et "Psychologie de l'inconscient".

Les périodes extrêmes du cycle, avant et après les règles, sont, dans cette optique, les plus délicates à passer parce qu'elles sont plus unilatérales. Nous étudierons plus loin le syndrome prémenstruel puis le problème des règles proprement dites. Nous voudrions auparavant dire un mot sur la période centrale du cycle, précédant et suivant l'ovulation, qui est une période équilibrée physiologiquement, où jouent toute une suite de mécanismes hormonaux très sensibles.

L'ovulation, nous l'avons vu plus haut, est déclenchée à un certain équilibre des stimulines hypophysaires FSH et LH; cette ovulation est à l'origine de la formation du corps jaune qui deviendra sécrétoire sous l'action d'une nouvelle stimuline hypophysaire, la LT, et la production de FSH est parallèlement freinée par la LT. Cet ensemble de mécanismes hormonaux avec action en retour (par inhibition ou activation des hormones les unes sur les autres) est lui-même sous la dépendance du diencéphale. On sait par ailleurs que, chez la femme parfois (comme chez certains animaux) l'ovulation peut être provoquée. Ceci justifie certains traitements des stérilités par anovulation à l'aide de stimulations électriques du col utérin. On peut donc supposer le rôle des mécanismes hormonaux et l'origine psychosomatique de certains retards ou de certaines absences de l'ovulation.

L'influence des émotions sur le bon déroulement des différents stades du cycle menstruel a été étudiée, en particulier dans le cas des absences de règles après traumatisme psychique, les "anénorrhées de guerre" par exemple (1). Un traumatisme psychique peut ainsi agir de façon réflexe sur l'hypothalamus qui contrôle la sécrétion de LH ("l'hormone de l'ovulation"); celle-ci absente, l'ovaire ne sécrète plus de folliculine et l'absence des règles peut se prolonger très longtemps.

Cette période de l'ovulation est à la fois particulièrement précieuse et particulièrement délicate, parce qu'elle est au point de jonction des tendances différentes qui animent la femme. C'est à ce moment peut être que la femme en est le plus naturellement maîtresse et qu'elle dispose de la palette émotionnelle la plus variée et la plus nuancée à la fois. Malheureusement l'influence bénéfique de cette période est le plus souvent contrecarrée par le problème que pose à la femme sa fécondité. Si cet état la dispose particulièrement à se rapprocher de son

(1) Cf J. DECOURT "Les anénorrhées hypothalamiques" dans "Trente exposés sur des sujets actuels d'endocrinologie".

partenaire, il sous-entend parallèlement la procréation et c'est à ce moment que la peur d'une grossesse non désirée est la plus vive. Cette période qui pourrait être bénéfique devient du même coup problématique, la source d'une nouvelle ambivalence combien déterminante, pour le caractère féminin (1). A ce point de vue la contraception permettra de mieux connaître les effets bénéfiques de cette période, pour ce qui est des moyens mécaniques. Evidemment la contraception chimique ("la pillule") supprimant l'ovulation et soumettant la femme à une inhibition hormonale assez analogue à celle des deux premiers mois de la grossesse (2) place le problème sur un autre plan. Il nous semble probable que cette nouvelle influence biologique puisse avoir, à la longue, des répercussions psychologiques. Prenons, par exemple, un pays comme les Etats-Unis où l'usage de la "pilule" est le plus répandu et reportons nous en imagination trente à quarante ans plus tard, lorsque deux générations auront largement utilisé ce moyen anticonceptionnel. Cela revient à dire que pendant quarante ans la quasi majorité des femmes jeunes seront sous une influence hormonale correspondant aux débuts de la grossesse. Il nous semble possible que le caractère féminin en subisse une modification, peu apparente sans doute chez l'individu isolé, mais tangible statistiquement dans la population.

Nous étudierons plus loin les caractéristiques psychologiques des premiers mois de la grossesse. Ils ont leurs particularités. Il est vraisemblable que la psychologie féminine puisse être influencée si la femme vit continuellement un état qui, dans son existence normale, ne se reproduit qu'un nombre assez limité de fois. Il est trop tôt pour conclure, et même pour décrire les modifications psychologiques qui découleront de l'usage de "la pilule", mais il y a de grandes chances pour qu'elle ait des répercussions parfois inattendues.

Entre l'ovulation et les règles on peut distinguer deux phases, une phase intermédiaire d'équilibre où la femme est sous la dépendance des hormones progestatives (hormones maternelles) qui, jusque là, étaient totalement absentes et la phase qui précède immédiatement les règles, dont les manifestations sont bien connues et ont été étudiées sous le nom de "syndrome prémenstruel". Cette dernière phase est difficile à passer pour bien des femmes. Elle est l'objet de perturbations physiologiques qui s'accompagnent de variations de l'humeur. Les troubles se traduisent par

(1) L'ovulation en outre, peut être l'objet d'un syndrome hyperfolliculinique dont les effets seront étudiés plus loin.

(2) Cf J. DALSACE et R. PALMER "la contraception".

un état de tension très particulier avec rétention d'eau, gonflement, malaises, migraines, bouffées de chaleur et une instabilité émotionnelle plus ou moins prononcée. D'après de multiples statistiques de 79 à 84 % des crimes commis par les femmes se produisent dans la semaine qui précède leurs règles ou pendant celles-ci (1).

En général, cette tension disparaît avec l'arrivée des règles ou vers la fin de celles-ci. Ces troubles sont fréquents : plus de 40 % des femmes par ailleurs en bonne santé y sont sujettes (1). Ils sont groupés sous le vocable d'hyperfolliculinie (2) bien qu'ils ne relèvent pas tous d'un excès d'oestrogènes mais aussi, entre autres, d'un excès des stimulines hypophysaires, d'une participation cortico-surrénale, de troubles de la fonction antitoxique du foie et de phénomènes de vasodilatation locale.

Les sécrétions hormonales que nous avons décrites plus haut vont en augmentant pour tomber brutalement à zéro quarante huit heures avant les règles. Il semble y avoir le plus souvent un léger surdosage hormonal qui fait entrer en jeu de nombreux mécanismes physiologiques, ou les dérègle, ce qui explique en partie les troubles de cette période.

Les troubles du syndrome prémenstruel, qui sont fréquents, relèvent, semble-t-il, d'un excès de folliculine. La raison même de cet excès n'est pas bien élucidée. Par contre, ses conséquences en sont bien connues. La folliculine a un spectre d'action très étendu sur l'organisme. C'est ainsi que de nombreux organes sont sensibles à son action et que celle-ci ne se limite pas aux organes sexuels primaires et secondaires. En tout premier lieu, les autres glandes endocrines sont sous son influence, et parmi celles-ci surtout la thyroïde, la surrénale et l'hypophyse. Parmi les viscères ce sont les enveloppes séreuses et les muqueuses digestives et respiratoires, les muscles lisses des bronches, du tractus intestinal, de la vésicule biliaire, le parenchyme hépatique enfin sur lesquels la folliculine a une influence (3). Elle a de plus une action vasodilatatrice sur les vaisseaux cérébraux (4).

(1) Cf Hans Selye "Le Stress de la vie" Ed. Gallinard

(2) Cf entre autres les travaux de De GENNES et WALLET, MERSCHBERG, ABELY, BARUK et ses collaborateurs sur l'hyperfolliculinie et les troubles physiologiques et psychiques qu'elle entraîne.

(3) Cf A.D. Herschberg "l'hyperfolliculinie en médecine générale" dans "de la puberté à la ménopause".

(4) Cf H. BARUK, M. DAVID, M. RACINE et S. LEURET "Psychoses folliculiniques et troubles circulatoires" Presse Médicale, 12 Mars 1940.

Cette revue des possibilités d'action de la folliculine explique le nombre de troubles dont on peut, avec quelque vraisemblance, la rendre responsable et dont souffrent bien des femmes avant les règles et parfois à l'ovulation : les migraines par exemple, et les troubles hépatiques ou vésiculaires, les crises d'asthme catarrhiales, etc...

L'action sur les fonctions hépatiques est particulièrement importante. Nombreuses sont les femmes qui souffrent au moment de leurs règles de troubles digestifs, nausées, vomissements, migraines ou petites crises de cholécystite. La folliculine influençant le foie en congestionnant le parenchyme hépatique d'une part et en diminuant la sécrétion biliaire d'autre part, et le foie étant le principal lieu de transformation de cette même folliculine en dérivés inactifs, il se crée sans doute avant les règles une véritable petite insuffisance hépatique qui ne cèdera qu'avec la chute des oestrogènes circulants dans le sang, au moment des règles (1). Par ailleurs, les études de BARUK et CAMUS ont montré que la bile elle-même devenait toxique pendant les règles (2).

Si nous nous sommes arrêtés plus longuement sur les troubles somatiques dont peut être responsable l'hyperfolliculinie c'est pour insister sur l'importance des hormones sexuelles dans la vie féminine. Cette hyperfolliculinie n'a pas que des retentissements physiques, elle a des conséquences psychiques parfois extrêmement graves puisqu'elle peut mener jusqu'à des psychoses confirmées qui ne seront guéries que par l'administration de corps jaune (3).

Les hyperfolliculiniques présentent en effet bien souvent avant leurs règles des troubles du caractère, soit qu'elles soient irritables, soit qu'elles soient déprimées, et ces troubles sont vraiment très fréquents. Quant aux troubles mentaux psychotiques d'origine hyperfolliculinique ils ont été étudiés en clinique humaine

(1) Cf A.D. HERSCHBERG "Physiopathologie du syndrome hépato-ovarien" dans "Le syndrome hépato-ovarien".

(2) Cf H. BARUK et CAMUS "Le principe toxique cataleptisant de la bile humaine" Presse Médicale 19 Octobre 1949

(3) Cf H. BARUK "Les psychoses hyperfolliculiniques" Traité de Psychiatrie T.II et Ann. Med. Psych. Mars 1939, Presse Médicale 12 Mars 1940, Progrès Médical 20 Oct 1938

et en expérimentation animale (1). Ils se traduisent principalement par un état d'excitation sexuelle avec érotisme. "Cet érotisme est de courte durée et fait place parfois plus ou moins rapidement à une frigidity hostile et à une aninosité générale... La malade éprouvant une certaine honte et une impression de culpabilité cherche à s'en délivrer, et c'est alors qu'entre en action le complexe du "Bouc émissaire" on rejette sur quelqu'un la faute dont on veut se disculper " (1).

Les troubles "hyperfolliculiniques" sont donc on le voit, très sérieux et l'hyperfolliculinie étant fréquente chez la femme, bien que souvent d'une façon atténuée on voit comme elle peut troubler la vie féminine. Paradoxalement les hormones progestatives ne semblent pas intervenir dans les troubles prémenstruels. Bien mieux, elles sont employées souvent comme thérapeutique de ces troubles. D'autre part l'hypofolliculinie a elle aussi un retentissement certain sur les fonctions psychiques (2).

Ainsi la femme se trouve soumise, tant dans son corps que dans son esprit, à un équilibre endocrinien fragile et volontiers dérégulé. Quels sont les mécanismes de l'hyperfolliculinie ? Quelle est la part des facteurs psychiques, des émotions sur les centres nerveux dont dépendent les sécrétions hormonales (l'hypothalamus entre autres) ? Ces faits sont encore à élucider. Ce que l'on peut tenir pour certain actuellement c'est qu'il y a interaction étroite entre les facteurs psychiques d'une part et les mécanismes hormonaux d'autre part, et le sexe féminin est particulièrement sujet à ce phénomène.

Evidemment l'hyperfolliculinie n'est pas seule responsable de tous les troubles prémenstruels. Nous avons vu l'influence de l'hypothalamus sur certains troubles des règles. L'hormone hypophysaire, la FSH est elle-même responsable entre autres, des bouffées de chaleur (en particulier à la ménopause). Des études plus récentes ont montré qu'il existait une véritable allergie à la folliculine s'accompagnant comme toujours d'une libération d'histamine et d'une baisse du pouvoir antitoxique du sérum (3). Celui-ci est d'ailleurs régulièrement abaissé en période prémenstruelle.

(1) BARUK et Col. Op. Cité

(2) Cf H. BARUK (Psychose ovarienne hypofolliculinique à forme cénesthopathique et schizophrénique" Annales d'endocrinologie T.9 n° 4 1948

(3) Cf A.D. HERCHBERG "Allergie à la folliculine"

Enfin les études de SELYE sur le Stress ont montré la participation de la cortico-surrénale (1).

Si l'on veut résumer ces éléments encore disparates on peut dire qu'à cette période l'organisme féminin semble l'objet, d'une part, d'une surcharge, et, d'autre part, d'une diminution de la défense interne. Il y a déséquilibre entre l'agression que représente l'excès des oestrogènes et des stimules hypophysaires et la réponse diminuée du foie, du sérum, et celle, désadaptée, de la cortico-surrénale. Nous avons mentionné les études de Selye sur les stress. Cet auteur en effet, aborde les problèmes particuliers du syndrome menstruel à la lumière de ses découvertes sur les mécanismes de défense de l'organisme, et selon, lui, "la tendance manifeste à la rétention d'eau, la prédisposition à diverses allergies et à des réactions d'hypersensibilité, l'apparition occasionnelle de crises d'épilepsie, les troubles vasculaires et les douleurs à caractère rhumatismal rappellent beaucoup le syndrome d'intoxication par la désoxy-corticostérone".

On voit comme il est difficile de mettre de l'ordre dans cet ensemble de mécanismes neuro-physiologiques et combien l'équilibre est délicat à réaliser. Qu'on cherche à l'obtenir par des moyens psychiques ou, à l'autre bout de la chaîne, par la pharmacopée, il n'y a pas de limite franche entre le physiologique et le psychique. Ce fait n'est certes pas l'apanage de la femme. Cependant cette interaction du corps et de l'esprit intervient chez elle d'une façon plus fréquente que chez l'homme et cette simple notion quantitative suffit déjà à donner une coloration bien particulière au tempérament féminin.

Il semble, en conclusion, que la période prémenstruelle soit souvent l'objet d'un dérèglement de mécanismes complexes dont la liste n'est sans doute pas close. En partant du principe que le pathologique n'est jamais justifiable en lui-même on peut se demander pourquoi, tout à coup, l'organisme ne sait plus faire face aux agressions externes ou internes qu'il rencontre. Le conditionnement négatif que représentent les règles pourrait entrer en jeu dans ce déséquilibre. Bien que les règles en elles-mêmes apportent un soulagement à la tension prémenstruelle, elles

(1) Cf HANS SELYE op. cité p. 236 et seq.

jouent peut être leur rôle dans l'excès qui les précède. Elles sont en effet l'objet d'une complexion tellement répandue qu'on peut la taxer d'universelle et que l'appréhension inconsciente ressentie par la femme à leur sujet doit intervenir à l'un des maillons de la chaîne. D'ailleurs les craintes qui habitent la femme à la veille des règles sont doubles : crainte d'une grossesse non désirée si les règles ne viennent pas, et crainte d'un état "tabou". On pourrait appuyer cette hypothèse sur le fait que le début de la grossesse (surtout lorsqu'elle est désirée) est l'objet des mêmes inhibitions hormonales, mais combien plus importantes, et que, si l'on retrouve les troubles hépatiques et l'instabilité émotionnelle, ils semblent atténués en comparaison de ceux de la période prémenstruelle.

De plus, ainsi que le fait remarquer le Professeur BARUK, "si avant les règles l'hyperfolliculinie est génératrice de troubles mentaux, durant la grossesse l'hyperfolliculinie énorme de la grossesse n'entraîne le plus souvent pas de troubles mentaux pendant celle-ci (1). Ce fait inexpliqué jusqu'alors pourrait avoir parmi ses causes possibles, l'appréciation ambiante de l'état de grossesse, état qui bien souvent réhabilite la femme à ses propres yeux tandis que la menstruation est depuis des millénaires considérée comme un état néfaste, toxique, dangereux. Considérations qui influencent souvent plus ou moins consciemment la femme et peuvent éveiller en elle des sentiments d'infériorité.

LE PROBLEME PARTICULIER DES REGLES

La période menstruelle est en effet l'objet d'un tabou et la cause de bien des difficultés que présentent les femmes à accepter leur condition. C'est d'une part le sentiment de fatigue, et même de diminution physique ressentis par beaucoup, ainsi que les troubles somatiques évoqués plus haut, et, d'autre part, le sentiment de malpropreté et de dégoût qui semblent en être cause. Ce sentiment de malpropreté prend une place très importante dans la vie féminine parce qu'il intervient à tout moment, que ce soit dans les événements physiologiques que représentent les règles et les accouchements par exemple ou que ce soit dans les tâches dites féminines de la vie courante : le ménage, la lessive, la vaisselle, les soins des nouveaux-nés;

(1) Cf H. BARUK "Traité de psychiatrie" T.II

tous ces travaux, toutes ces occupations "de mains sales" donnent souvent aux femmes le sentiment qu'elles sont une classe à part, tout juste bonnes à ce genre de tâches.

Bien des fonctions physiologiques cependant, taxées de malpropreté, ne sont pas l'objet du même tabou social que les règles. Cette période a été, semble-t-il l'objet de nombreuses prescriptions religieuses tant chez les primitifs que dans les civilisations antiques. Nous citerons à ce propos les prescriptions de la médecine hébraïque (1) et les études de Mme E. HARDING dans son ouvrage "Les mystères de la femme" où elle relate entre autres, les coutumes des primitifs et les tabous touchant la menstruation.

Les prescriptions mosaïques ordonnaient en effet à la femme l'isolement pendant la période de ses règles. Elle était considérée comme impure et tout ce qu'elle touchait était impur jusqu'au soir. Pendant ce septennaire (le cycle étant partagé en quatre septennaires) elle ne devait pas avoir de rapports sexuels. Les médecins hébreux faisaient une distinction entre le sang des règles et le sang des autres hémorragies, le sang des règles étant jugé comme particulièrement toxique, impur, parce qu'il était considéré comme l'expulsion d'un tissu mort, ce qui correspond somme toute aux faits biologiques, les règles représentant la mort de l'ovule non fécondé et la desquamation de la muqueuse utérine.

Cette notion d'impureté de la femme pendant les règles est très répandue et nous la retrouvons chez les primitifs :

"Nous voyons, nous dit E. HARDING, que pendant la durée de leurs règles, dans de nombreuses tribus, les femmes passent pour être dans un état si particulier que tout objet touché par elles est souillé ou perd son efficacité... Aussi quand une femme avait ses règles ne pouvait-elle pas rester dans son entourage, ni vaquer à ses occupations habituelles..."

La femme devait se retirer dans une cahute préparée à cet effet, ou bien même disparaître dans la brousse.

(1) Cf BARUK H. "Les ordonnances mosaïques et la prophylaxie du cancer du col de l'utérus". Revue d'Histologie de la Médecine Hébraïque Octobre 1956.

" Quant au vieux tabou menstruel on en trouve encore des traces aujourd'hui. Les paysans ne permettent pas à une femme qui a ses règles de toucher au beurre au vin, à la viande, car ces aliments deviendraient impropres à la consommation humaine" "Le sang de la femme (en règles), est le signe du tabou... La malpropreté de la femme indisposée est considérée par les primitifs comme une véritable cause d'infection et de contamination, un mal qu'elle peut transmettre à tout ce avec quoi elle entre en contact" (1).

Le tabou menstruel, selon les conclusions de E. HARDING aurait été imposé parce que la femme, soumise plus particulièrement alors à sa nature instinctive était considérée par les primitifs comme dangereuse pour l'homme par l'attirance qu'elle exerce sur lui. Comme une femelle animale en chaleur attire tous les mâles de son espèce, la femme, en attirant les hommes pendant ses règles, risquait de les détourner de leurs devoirs sociaux. Ce qui aurait pu compromettre l'équilibre de la tribu. D'autre part les femmes astreintes à un esclavage sexuel y auraient trouvé le moyen de se préserver.

En fait la période des règles ne correspond pas à la période de chaleur qui, dans les espèces animales, rend les mâles négligeants de leurs autres devoirs. Cependant c'est la seule période du cycle féminin où s'extériorise la fonction naturelle de la femme, et, nous l'avons vu, plus haut en étudiant le syndrome prémenstruel, les jours qui précèdent les règles, et parfois les règles mêmes, sont fréquemment l'objet de perturbations qui justifient largement cette interprétation. De toute façon cette période reste le signe de la condition féminine, et par le fait même qu'elle n'est vécue que par le sexe féminin demeure difficilement compréhensible pour l'homme. Nous ne comprenons bien que ce que nous pouvons plus ou moins ressentir sur nous-mêmes, et les femmes n'ont guère envie par ailleurs d'exprimer ce qu'elles ressentent à ce sujet. Il s'agit d'une chose malpropre, à cacher le plus possible, et tout à fait inexplicable. Nul doute que le vieux tabou ne soit encore actif. La signification physiologique de cet état est le plus souvent inconnue et le moins qu'on puisse dire est qu'il est considéré comme inutile et indésirable. Les perturbations prémenstruelles et la fatigue, même légère, ressentis pendant cette période, viennent d'ailleurs justifier cette interprétation, transmise qui plus est, de génération en génération.

(1) Cf E. HARDING "Les mystères de la femme" Ed Payot.

Il est évidemment difficile de se réjouir d'un phénomène biologique inévitable comportant un état de lassitude physique le plus souvent accompagné de sentiments dépressifs. Les pertes sanguines donnant lieu à des sensations de dégoût et de malpropreté ainsi qu'à la crainte que cet état puisse être découvert. Tous ces éléments font des règles une époque honteuse entre toutes et dépourvue de sens.

Elle apparaît en effet ainsi lorsqu'elle est isolée de son contexte, à savoir le cycle hormonal dont elle est la seule manifestation visible. Il est plus facile de trouver un sens à ce phénomène en le considérant comme l'aboutissement du cycle hormonal, en laissant de côté les effets physiques pour ne voir que la phase plus ou moins dépressive qu'il représente avant une nouvelle montée de l'énergie.

Cette manifestation cyclique de la vie est une donnée de la physiologie féminine que l'on peut rejeter en bloc en la considérant comme mauvaise, comme inférieure en comparaison de la physiologie masculine. Cependant, en ce qui préside aux phénomènes vitaux on trouve toujours une activité cyclique à déroulement du jour et de la nuit, assimilation et excrétion, anabolisme et catabolisme, systole et diastole etc... C'est-à-dire qu'à un rythme d'activité succède un rythme de repos. Que la femme soit assujettie plus étroitement que l'homme à des phénomènes biologiques est peut être une entrave mais, comme toutes les entraves, c'est une sécurité. Ce ne sont pas les faits qui déterminent un individu mais son état psychologique devant tel ou tel événement. L'état dépressif mensuel que subissent les femmes, si décrié et parfois si pénible a peut être ses avantages. Et s'il était ressenti comme tel, la femme y trouverait sans doute une meilleure compréhension de la vie. Une connaissance de ses aspects moins riants, de l'envers de la médaille, de ce qu'on ne veut jamais voir mais que cependant on gagne à connaître et à prévoir plutôt qu'à subir. L'acceptation des effets psychiques d'un état physique en lui-même peu handicapant permettrait de ressentir de manière différente la limitation physique de ces quelques jours.

Les rythmes de repos ne sont plus acceptés à notre époque et souvent très mal vus. La nature se venge sur ces hommes trop actifs qui sont bientôt arrêtés dans leur élan. L'infarctus du myocarde en est un exemple bien connu. La même nature peut être la femme à l'abri de certains surmenages par ce repos forcé que représen-

tent les règles. Si l'on connaît un peu le déroulement du cycle et les effets hormonaux si l'on en suit sur soi-même, en étant son propre sujet d'expérience les différentes phases, les règles apparaissent comme la période de bilan. Le "j'efface tout et je recommence" qui permet un renouvellement. Une attitude psychique maternelle, par exemple, n'étant plus soutenue pendant ces quelques jours par la même sécrétion hormonale la femme peut profiter de cet état neutre, non orienté, pour nuancer son état précédant, s'il est unilatéral. Ceci à condition d'accepter de changer, ce qui est un art difficile. L'état dépressif des règles va d'ailleurs en s'atténuant et la période qui suit, dont nous n'avons pas encore parlé, est sous la seule dépendance des oestrogènes. C'est une période d'énergie montante et de juvénilité qui pose des problèmes particuliers. Ici les oestrogènes sont seuls en cause tandis qu'après l'ovulation oestrogènes et progestérone sont présents ensemble dans l'organisme. Au point de départ, pendant les règles, le taux des hormones sexuelles est tombé à zéro. Puis celui des oestrogènes remonte progressivement pour atteindre son maximum à l'ovulation.

Après la fatigue et la dépression menstruelle l'énergie remonte. L'influence oestrogénique conduit, nous l'avons vu chez les espèces animales, au comportement de la période de chaleur. On peut donc dire que nous avons là affaire à l'aspect "femelle" de la féminité. Souvent, en effet, après les règles, la coquetterie féminine s'extériorise plus volontiers et cela d'autant plus si la femme a souffert de l'aspect malpropre de la menstruation. Aussi cette période folliculinique dépend-elle étroitement du point de vue psychologique, de celle qui l'a précédée. Plus les règles sont ressenties comme une entrave à l'action, une fatigue injustifiée, une période malpropre, plus la femme sentant son énergie remonter exploitera celle-ci. Ce peut être dans une activité qu'elle aura tendance à exercer sans mesure. Ou bien dans une exagération de la coquetterie, la femme cherchant à plaire à tout prix.

Cette période, soumise aux seules sécrétions oestrogéniques semble parfois faire renaître un côté juvénile de la nature féminine. En effet, si les premiers cycles sont anovulatoires, comme l'avancent les études actuelles, ils sont sous la seule dépendance des oestrogènes puisque la progestérone n'apparaît qu'après l'ovulation et la formation d'un corps jaune. Il y aurait donc une analogie avec la phase post-menstruelle. Cette tendance juvénile peut apporter un réel rajeunissement psychique en reliant la femme à son adolescence. Mais, elle peut favoriser un certain

infantilisme. La femme acceptant difficilement le temps qui passe et son âge cherchera alors à faire revivre sa jeunesse perdue.

CONCLUSION

L'étude de la phase folliculinique nous permet de dégager, pour conclure, les deux pôles de la psychologie féminine ; la femme et la mère. Pendant la phase oestrogénique l'aspect féminin s'extériorise plus volontiers. Pendant la phase lutéale, c'est l'aspect maternel. Si la femme vit ses états instinctivement, sans avoir conscience de ce qu'ils sont antagonistes, elle est parfois très différente d'une période à l'autre du cycle. Ce qui ne manque pas de surprendre et justifie les jugements fréquemment portés sur elle.

Cet aspect cyclique de la psyché féminine est à la fois bien connu (il fait l'objet des plaisanteries courantes sur l'humeur féminine) et peu étudié. Il est pourtant, pour la femme elle-même, un mystère bien souvent angoissant. Le substratum en est l'activité menstruelle. La dépendance biologique est une vérité humaine et pas seulement féminine. Mais la femme la vit de façon intime, la retrouve à chaque cycle, à chaque ovulation, à chaque risque de grossesse. Elle "subit" la vie plus étroitement que l'homme et par là elle est plus près du mystère humain, de l'union du psychisme et du corporel. La conscience de cette incarnation est plus vive pendant la période menstruelle (refoulement mis à part). Symboliquement, les règles représentent une petite mort ; chute hormonale, mort de l'oeuf non fécondé, mort des tissus nourriciers utérins, Tandis que la grossesse symbolise le règne de la vie. Les deux pôles de l'ambivalence féminine rejoignent ainsi les notions les plus profondes pour l'entendement humain : la vie et la mort.

On trouve, en récapitulant le cycle, toute une gamme d'états très divers : de l'état neutre ou dépressif des règles à la surexcitation prémenstruelle, de la juvénilité préovulatoire à la phase maternelle qui suit l'ovulation. Ces états font toute la richesse et toute la variété de l'affectivité féminine. Le cycle permet à la jeune fille de connaître déjà par avance l'état maternel, et à la jeune mère de retrouver sa fraîcheur d'adolescente. Ainsi compris il représente donc une sorte de volant régulateur de la vie féminine, une boussole précieuse pour trouver l'équilibre au milieu des tendances divergentes auxquelles la femme est

sourise. On pourrait voir dans cet ensemble d'influences diverses et contradictoires un inconvénient plus qu'un avantage. Il est difficile de trouver un fil conducteur permettant la synthèse de ces états successifs. C'est ce qui fait à la fois la richesse et la faiblesse de la femme. La variété des émotions qu'elle peut ressentir l'empêche d'être unilatérale si elle développe toutes ses facultés en les équilibrant. Si elle renonce à cette tâche et préfère l'unilatéralité elle s'appauvrit. En développant un seul registre émotif elle perd la faculté de complétude (1) que lui donne son ambivalence physiologique.

(1) Cf C.G. Jung "Problèmes de l'Âme moderne" et "réponse à Job" Ed Buchet Chastel.

LA MATERNITE

- Généralités
- Hormonologie
- Les trois premiers mois de la grossesse
- La deuxième partie de la grossesse
- La fin de la grossesse et l'accouchement
- Le caractère maternel. Problèmes d'éducation et problèmes généraux.
- Conclusion.

GENERALITES

Avant d'aborder l'étude de la première grossesse, nous voudrions rappeler que nous ne nous attarderons pas sur les cas pathologiques où l'influence psychique est cependant reconnue. Ces cas pathologiques, grossesses nerveuses, vomissements incoercibles, parfois fausses-couches à répétition, psychoses puerpérales enfin, ont tout naturellement attiré l'attention parce qu'ils demandent un traitement rapide et efficace. Il est d'ailleurs assez frappant de constater que pendant la grossesse elle-même les troubles mentaux sont assez rares. Mis à part les vomissements gravidiques à l'origine desquels on retrouve presque toujours une cause psychologique, on observe pratiquement très peu de psychoses pendant la grossesse. D'une façon générale les troubles mentaux importants sont beaucoup plus fréquents après l'accouchement que pendant la grossesse (1). Les troubles mentaux gravidiques existent néanmoins. On peut ainsi constater des tendances impulsives, ainsi que des idées obsédantes chez la femme enceinte, des peurs obsédantes de la fatigue, de l'accouchement ou la crainte de difficultés financières (1). Ceci montre une certaine fragilité de la femme pendant cette période, et le besoin particulier qui se fait jour chez elle d'être entourée par un milieu compréhensif.

Bien souvent cependant il a été constaté que la grossesse améliorait certains troubles mentaux (2) ce qui montre une fois de plus l'importante influence psychique que peuvent avoir les modifications hormonales (3). Il est possible que cette influence sur les troubles mentaux soit due à la réactivation du fonctionnement de toutes les glandes et en particulier de l'hypophyse pendant la grossesse.

Les troubles psychiques sont donc beaucoup plus fréquents après l'accouchement et au cours de l'allaitement. En dehors des causes infectieuses, beaucoup moins

(1) Cf Henri BARUK "Traité de Psychiatrie" T.II

(2) Cf P. ABELY, A. ASSAILLY, B. LAINE "Les facteurs vasculaires et endocriniens de l'affectivité"

(3) Cf Henri BARUK "Traité de Psychiatrie" T.II

fréquentes actuellement, les causes endocriniennes des psychoses post-gravidiques et des psychoses de la lactation semblent avoir leur origine soit, pour certains, dans des troubles au niveau de l'hypophyse (ABELY) ainsi qu'à une diminution du calcium sanguin, soit, pour d'autres, dans un épuisement de l'ovaire post-gravidique.

La grossesse apparaît donc comme un état très particulier où l'augmentation considérable des hormones sexuelles peut mettre la femme à l'abri de certains troubles. Mais cet état hyper-hormonal risque d'être suivi après la naissance par un état d'épuisement général de l'organisme, générateur de troubles graves. Ainsi si la grossesse met souvent à l'abri de certains troubles elle peut, indirectement, être la cause de perturbations futures.

Nous nous attacherons donc plus particulièrement à étudier les conséquences psychologiques peu apparentes de la grossesse parce qu'elles ont sans doute leurs conséquences sur les troubles ultérieurs, et, mise à part toute pathologie, sur le caractère des futurs parents. Cet état, créant une orientation nouvelle dans le couple et des relations différentes entre ses partenaires, est, nous semble-t-il, à l'origine de modifications profondes chez ceux-ci.

En étudiant les incidences psychiques des règles chez la femme nous avons toujours considéré celle-ci comme un individu isolé. En effet les premières règles par exemple, concernaient la jeune fille seule. Son entourage en subissait les contre-coups, comme elle-même d'ailleurs recevait de celui-ci certaines influences. Cependant cette période restait pour la future femme une occasion d'individualisation, de différenciation de la personnalité. Ces problèmes intimes sont vécus dans la solitude. C'est d'ailleurs là, sans doute, l'origine de la formation d'un conditionnement qui régira toute une partie de la vie féminine. Il est en effet admis dans notre société que la femme en règles doit cacher son état. Il s'agit d'un état physique auquel est lié toute une affectivité particulière. Par la loi du conditionnement c'est bientôt cette affectivité, ce domaine intime qui, associé habituellement aux règles, est désormais caché de façon réflexe. C'est là l'origine, semble-t-il, d'un trait de caractère fréquemment rencontré chez la femme, celui de garder secret son monde intérieur.

Autant cette attitude est normale et utile quand il s'agit de préserver son moi dans la société, autant elle peut devenir néfaste dans la vie intime, et princi-

palement dans le couple. La grossesse, à ce point de vue, représente un excitant conditionnel au même titre que les règles.

La femme a donc vécu seule les problèmes relatifs à son cycle menstruel. Elle a assimilé plus ou moins bien les complexes maternels, elle est parvenue ainsi à un statu-quo. Le cycle menstruel détermine l'évolution de son humeur, ses périodes de calme, de dépression ou d'exaltation, la personnalité s'est dessinée sur ce fond biologique; la femme en connaît les manifestations conscientes, elle reste le plus souvent ignorante du contexte inconscient. Son entourage la connaît ainsi, son mari l'a rencontrée le plus souvent une fois cette adaptation faite. Eh voilà que les bouleversements hormonaux du début de la grossesse changent la toile de fond sur laquelle était fondée cette personnalité. Il ne fait aucun doute qu'ils auront des répercussions sur celle-ci. L'état de la femme change et influe sur son mari. Celui-ci reçoit cette influence et réagit d'une façon ou d'une autre, la femme enchaîne sur cette réaction et ainsi se créent de nouvelles lignes de force des relations entre époux. Lignes de force qui risquent à jamais d'être définitives cette première grossesse aboutissant à la naissance, et la présence de l'enfant reconditionnant continuellement les stéréotypes créés.

Devant cette métamorphose de leurs relations et de leurs façons d'être, et dans les meilleurs des cas, chacun prend comme ligne de conduite celle que la société attribue à son sexe. Le jeune père travaille pour faire vivre sa famille, la jeune mère prépare la venue du bébé. Ce schéma sympathique contient peut être en germe, sans qu'il y persiste, de nouveaux problèmes pour le jeune couple, chacun s'isolant dans un rôle défini, poursuivant des intérêts différents. C'est ainsi, sans doute, que les femmes se retrouvent plus volontiers entre femmes pour parler d'elles-mêmes et de leurs problèmes, et les hommes entre hommes. A l'époque où les relations entre mari et femme restaient le plus souvent distantes, même avant le premier enfant, où le mariage était plus principalement conçu comme destiné à la création d'une famille, où la relation conjugale passait en second, le problème de la désunion du couple à la première grossesse se posait peu. La distance était la même avant. Ce n'est plus tout à fait le cas actuellement. La psychanalyse a suffisamment étudié les troubles sexuels dont souffraient la grande majorité des femmes. La frigidité féminine n'est plus aussi répandue. Bien des jeunes couples, avant la naissance des enfants ont une expérience conjugale plus satisfaisante qu'autrefois.

Tout se passe bien jusqu'à la maternité. Mais avec la maternité il se peut que certains troubles réapparaissent car la dualité de l'instinct chez la femme se trouve alors mise en valeur. Bien des "mères comblées" sont-elles toujours des femmes comblées ?

La première grossesse, dans cette optique, est un tournant dans la vie d'un couple dont elle mesure la maturité. Elle ne concerne pas, comme à la puberté, la femme seule, nous l'avons vu plus haut, mais les deux partenaires, et quand bien même la future mère serait particulièrement secrète à cet égard envers son mari, l'influence inconsciente de l'état du nouveau auquel elle est soumise se transmet avec la même contagiosité qu'une maladie physique. Si le futur père a eu des jeunes frères et soeurs il retrouve devant sa femme enceinte de vieilles impressions nées lorsque sa propre mère attendait ses cadets. De toutes façons il doit faire l'expérience d'un trait de caractère nouveau chez sa femme, l'instinct maternel, qui s'éveille avec l'attente de l'enfant. Chez bien des jeunes filles ou des jeunes femmes, encore sans enfants l'instinct maternel est éveillé très tôt avant toute grossesse et ceci d'autant plus si le milieu dans lequel elle vit est patriarcal. Cependant c'est avec la première grossesse que ce caractère s'affirme, le désir devient réalité et la jeune femme qui, pour les raisons que nous avons envisagées au chapitre précédent, doutait volontiers d'elle-même trouve dans cette maternité sa justification. Ce doute intérieur qui trouve sa réponse dans la maternité est, nous semble-t-il, un élément majeur de la psychologie féminine. Chez certaines il se cache sous une forme de protestation masculine, un apparent désintérêt ou même un dégoût affiché pour les enfants. On est bien étonné cependant de voir la même femme parvenant à l'âge où la naissance d'un enfant devient plus incertaine pour elle, avouer son désir, ou son regret. A moins qu'il ne reste inconscient et ne s'exprime par une voie détournée. Dans les meilleurs des cas la femme aboutit à une création valable sur un tout autre plan que la maternité, ce qui n'est pas forcément une compensation. Il ne nous semble pas d'ailleurs que la maternité, si elle est intelligemment vécue entrave le développement de la créativité.

Cependant, si la femme a souffert de sa condition féminine comme d'une infériorité elle risque d'accueillir la maternité comme une confirmation de sa valeur et c'est malheureusement la fonction de compensation que prend alors la maternité qui

dévie celle-ci de ses buts réels, donnant au caractère maternel des aspects négatifs et se répercutant d'une façon néfaste sur le caractère de l'enfant. Ces considérations nous ramènent au problème de l'acceptation du cycle menstruel et permettent de supposer que seule une femme harmonieuse fera une mère harmonieuse et que le problème de la maternité commence avec la connaissance du cycle.

De même que le cycle menstruel présente des périodes sensibles qui, si elles sont bien comprises et dominées, permettent un déroulement harmonieux de l'ensemble, la grossesse et l'accouchement présentent des moments où s'engage et se forme une façon d'être dont les inconvénients, s'il y en a, risquent d'être difficilement corrigables par la suite. Ce sont principalement les trois premiers mois de la grossesse et les trois premiers mois qui suivent la naissance. Il nous semble que leur connaissance est indispensable au déroulement d'une bonne grossesse. D'ailleurs ces périodes sont en elles-mêmes bien connues parce qu'elles sont souvent l'objet de troubles organiques, normalement limités, au début de la grossesse en particulier : nausées et malaises pouvant aller jusqu'au syndrome d'intoxication gravidique précoce ou à l'interruption de la grossesse.

HORMONOLOGIE

C'est l'hormonologie de la grossesse qui nous fournira un plan d'étude. Elle ne présente pas la complexité des mécanismes du cycle menstruel mais a cela de particulier que l'on peut distinguer deux origines hormonales : l'ovaire et le placenta (l'hypophyse jouent toujours son rôle de régulateur). Cette distinction nous permet de séparer la grossesse en deux grandes périodes. La première où la sécrétion hormonale est assurée par l'ovaire, jusqu'au début du quatrième mois environ, la seconde jusqu'à la fin de la grossesse où le placenta prend le relais. Nous ferons une place à part au dernier mois de la grossesse, tout entier sous le signe de l'accouchement à venir.

Ce sont les mêmes hormones que pendant le cycle menstruel, mais leur sécrétion est considérablement augmentée et une nouvelle glande apparaît, le placenta, qui pendant les trois premiers mois de la grossesse joue un rôle s'apparentant à celui de l'hypophyse en sécrétant des stimulines (gonadotrophines chorioniques ou prolans) tandis que les six derniers mois il supplée à la sécrétion du corps jaune gravidique

en sécrétant des oestrogènes et des hormones progestatives. On distingue donc deux phases : pendant les trois premiers mois, la phase placentario-ovarienne, pendant les six derniers mois, la phase placentaire. (1)

LES TROIS PREMIERS MOIS DE LA GROSSESSE

La phase placentario-ovarienne représente une période d'adaptation à un état nouveau. En somme la grossesse à ce stade ne s'extériorise que par un caractère négatif : la disparition des règles. Les autres manifestations sont très capricieuses et très variables suivant les femmes. Certaines n'ont aucun malaise, la plupart se plaignent de nausées, parfois de vomissements, de bouffées de chaleur ou de petits troubles urinaires. Leur nouvel état ne s'objective en rien. Il peut se traduire par une fatigue inhabituelle ou un changement de l'humeur mais c'est tout. En réalité si l'on interroge un peu les femmes on découvre que c'est une période assez dépressive. Si la grossesse n'est pas désirée l'explication en est simple. Si au contraire l'enfant est souhaité on s'explique mal cette adaptation pénible. Il semble qu'elle soit à mettre sur le compte du changement d'état dont la femme est l'objet. Son organisme est soumis à une inhibition hormonale différente quantitativement cette fois (et non qualitativement comme à la puberté). Cette inhibition ne donne aucun signe tangible mais doit avoir des répercussions subjectives. D'autre part, l'activité cyclique a fait place à une activité continue et croissante. Plus tard, lorsque les mouvements de l'enfant seront perçus, la femme pourra objectiver sa grossesse et se sentir plus à son aise. Son mari, aussi peu informé qu'elle est souvent prêt à se plier à tous ses désirs de crainte de contrarier le bon déroulement de cette attente. Si cette compréhension conjugale est indispensable à la femme pour mener à bien sa grossesse, il arrive parfois que ses désirs ne soient que des caprices nés de la peur de l'inconnu qu'elle ressent. L'état qu'elle vit la déroute par sa nouveauté. Aussi sera-t-elle naturellement portée à rechercher la compréhension de quelqu'un ayant l'expérience de ce qui lui arrive et c'est ainsi qu'elle peut détourner une partie de son affectivité vers sa mère ou vers un élément féminin amical. Le mari se verra frustré d'une part qui lui revient et n'osera pas intervenir, de peur de provoquer

(1) Cf Robert MERGER, Jean LEVY et Jean MELCHIOR "Précis d'obstétrique" Ed. Masson.

un accident. Il se soumet ainsi à l'état de sa femme. Dans certains cas celle-ci est tentée d'en tirer avantage et de prendre une certaine autorité sur son mari. Si ce tableau est un peu caricatural, il n'en est pas moins vrai dans bien des cas à des degrés divers. Le sentiment de déroute qui assaille la femme peut trouver par exemple une justification dans des inquiétudes matérielles. A l'image de l'oiseau la femme se préoccupe du nid et attend de son mari la subsistance matérielle. Si quelques difficultés pratiques se font sentir c'est parfois pour elle la véritable panique. Encore une fois toutes ces tendances sont normales et même nécessaires lorsqu'elles sont vécues sans excès et dans la confiance mutuelle. Elles deviennent négatives lorsqu'elles sont imposées avec autorité par la future mère ou réclanées comme un caprice par une femme-enfant que la moindre anicroche risque de mettre au bord de la dépression. Et cette période est véritablement bien difficile à passer car les mêmes tendances sont positives ou négatives suivant la nuance qu'on y attache.

En général, passé le quatrième mois, la phase dépressive s'atténue et la jeune mère retrouve équilibre et confiance en soi. Mais avant c'est le silence total. La femme est enceinte et rien ne le dit si ce n'est l'absence des règles. Aussi les petits signes des débuts de grossesse sont-ils acceptés et même amplifiés (on cite le cas de femmes qui se mettent à vomir dès que le diagnostic de grossesse est porté) car ils sont les indices tangibles de la future maternité. A cette époque, du fait du manque de signes visibles, la femme est bien souvent absorbée en elle-même à la recherche d'hypothétiques indications internes de son état. De ce fait elle se rend étrangère à son entourage et particulièrement à son mari. C'est alors qu'il est nécessaire que celui-ci la comprenne et lui permette de sortir de son isolement. Dans d'autres cas elle fait preuve d'irritabilité ou d'instabilité émotionnelle. Tous ces signes traduisent le sentiment de déroute qu'elle éprouve en subissant cet état si nouveau pour elle.

Sur le plan physiologique cette période correspond à une augmentation énorme des stéroïdes sexuels sécrétés par l'ovaire, ce qui représente un changement radical en comparaison des doses habituelles du cycle. En somme c'est une phase prémenstruelle multipliée à laquelle s'ajoute l'action placentaire. Il est malgré tout intéressant de constater que cette période instable se termine à peu près à la date où le placenta commence à sécréter les hormones progestatives jusque là produites par le corps jaune. C'est aussi à cette date, quand le placenta prend le relais, que le risque de fausse-couche par insuffisance hormonale diminue considérablement.

et que l'on peut atténuer les traitements substitutifs (lesquels ne sont pratiquement jamais poursuivis jusqu'à l'accouchement). Il semblerait que le placenta soit une glande plus autonome que l'ovaire qui est soumis à de multiples interactions hypophysaires, diencéphaliques, corticales ainsi qu'à de nombreux conditionnements forgés depuis la puberté. D'ailleurs le placenta sécrète à la fois ses stimulines et ses hormones progestatives, il appartient à l'oeuf, c'est en somme un corps étranger: au même titre que l'oeuf il se développe en parasite dans l'organisme maternel avec lequel il n'a pas de connections nerveuses. Pendant les trois premiers mois de la grossesse, période instable, le placenta n'a qu'un rôle stimulateur sur l'ovaire; cette phase reposant sur la sécrétion du corps jaune est donc déterminée par l'état antérieur psychique et physiologique de la femme, beaucoup plus que les six derniers mois.

LA DEUXIEME PARTIE DE LA GROSSESSE

Avec la perception des mouvements de l'enfant, au quatrième mois environ pour la première grossesse, la femme réalise objectivement sa future maternité. Il est certain que cette perception est un événement assez extraordinaire en somme. Et la jeune-femme qui le ressent pour la première fois l'accueille comme la réponse tant espérée aux questions qu'elle se posait sur sa condition féminine. Le rôle de compensation au sentiment d'infériorité que joue si fréquemment la maternité trouve là une racine de choix. Dans ce cas la femme risque d'apprécier sa grossesse pour elle-même, pour la confiance en elle qu'elle y puise, et non comme la première étape d'une aventure où elle sera responsable d'une existence humaine.

Les six derniers mois de la grossesse, pendant la phase placentaire, sont en général beaucoup moins dépressifs. La plupart du temps même ils sont très confortables. L'organisme s'est adapté à la grossesse et la femme se sent moins fatiguée qu'au début. La présence de l'enfant s'objective. Jusqu'au huitième mois c'est souvent une période de véritable bien-être physiologique. Evidemment ce bien-être est tout animal et la femme en s'y plongeant avec délices, perd une partie de ses facultés psychiques. Elle est absorbée par son état. Il mobilise toutes ses puissances perceptives, non seulement parce qu'il est nouveau, mais aussi parce que c'est le mystère de la vie qui se développe en elle. Le fait d'être le siège de cet événement extraordinaire augmente inévitablement le sentiment de soi-même.

Problème difficile pour la femme que celui d'être à l'abri de cette nouvelle existence sans en tirer parti pour affermir son sentiment de puissance. Peut-être au cours des grossesses suivantes risquera-t-elle moins de tomber dans ce travers parce que les aînés solliciteront son attention. A moins que la répétition des grossesses ne la confirment dans son appréciation d'elle-même.

Voilà un aspect de la grossesse que chaque femme qui a fait cette expérience ressent sans doute confusément, sans vouloir s'y attarder. Elle préfère penser aux côtés plus positifs, plus attendrissants de son état. La difficulté, sans doute, tient dans un phénomène d'identification. La femme identifie son moi limité au principe universel, au processus vital dont elle est le siège, elle s'attribue son aspect positif. De la même façon d'ailleurs, elle s'identifie au processus monstrueux et s'en attribuait cette fois l'aspect négatif.

Ainsi cette période de confiance à son écueil. Le paradoxe de la psychologie féminine apparaît là nettement. Tant que la problématique de sa nature complexe lui apparaît et la fait quelque peu souffrir la femme garde une perméabilité à tout ce qui se passe autour d'elle, ce qui lui assure une richesse sensible. Lorsque, rassurée par la réponse à ses questions intimes que lui apporte sa grossesse, et absorbée par les événements intimes dont elle est le siège, elle trouve moins d'intérêt au monde environnant et se ferme à lui, elle dépasse les limites d'une juste appréciation d'elle-même pour tomber dans une confiance parfois exagérée. Celle-ci s'appuie sur la maternité mais sera ébranlée par l'épreuve de l'accouchement. Ensuite elle reprendra de plus belle quand la jeune mère tiendra son nouveau-né dans les bras.

La femme doit cependant apprécier et respecter son état, non pour elle-même, mais pour l'enfant qu'elle attend, dont le bon développement nécessite toutes sortes de précautions (1). La confusion entre une attention pour elle-même, ou bien pour l'enfant qu'elle attend est d'autant plus facile que le fœtus est encore perçu comme étant intimement elle-même. La naissance provoquera la première séparation entre la mère et l'enfant, et les années qui suivent devraient normalement permettre une désidentification progressive. Il y a là un sacrifice profond certainement difficile à réaliser.

(1) Cf Mérie Grégoire "Le métier de femme" Chap. Maternité.

La première séparation, la naissance pour l'enfant, c'est l'accouchement pour la mère. Et dans son inconscient cet événement futur éveille souvent des angoisses confuses ou des peurs plus précises ; peur d'accident mortel à l'accouchement, peur de la souffrance, crainte de donner naissance à un enfant anormal, etc... (1). Ces sentiments contrebalancent l'euphorie ressentie consciemment. C'est là, nous le verrons plus loin, que l'A.S.D. a un rôle bénéfique en analysant ces craintes vagues et en préparant la femme aux événements futurs.

Il faut constater, qu'à l'instar du cycle menstruel, la grossesse est un fait biologique particulier au sexe féminin et inexplicable réellement à qui ne l'a pas vécu. Les femmes sans enfants sentent profondément ce manque. Mais leur nature même leur permet de "deviner" en quelque sorte, de quoi il s'agit. Il n'en va pas de même pour le mari. La différenciation sexuelle s'accentue par conséquent de façon progressive pendant la grossesse. Cette différenciation peut séparer le couple, chacun restant dans son domaine sans comprendre celui de l'autre. Elle peut cependant donner aux relations conjugales une dimension différente où l'identification de la phase amoureuse fait place à une prise de conscience des qualités contradictoires ou complémentaires de l'autre. Ceci nécessite un langage qui fasse le pont entre les pôles qu'occupent l'homme et la femme. L'union peut alors être renforcée, en même temps qu'une individualisation réciproque. Mais le plus souvent ni l'homme ni la femme ne disposent des notions nécessaires pour se faire comprendre l'un de l'autre. Le langage est absent. La femme cherche auprès d'éléments féminins un échange plus facile parce qu'à base d'identification et l'homme fait de même auprès d'éléments masculins. Là encore la technique de l'ASD en explicitant les phénomènes de la grossesse favorise l'échange entre mari et femme.

L'ASD a donc contribué, par l'éducation qu'il prône, à démystifier grossesse et accouchement, à permettre aux femmes de connaître les phénomènes biologiques propres à leur état, à corriger les peurs et les conflits que provoquait la perspective de la naissance. Il a ainsi dénoué un des complexes touchant à la maternité et non des moindres, car cette technique, bien ou mal pratiquée, est si répandue actuellement qu'il est peu de femmes qui ne la connaissent, même de nom, et peu de jeunes-filles qui envisagent encore grossesse et accouchement comme le faisaient nos grands-mères.

(1) Cf Hélène DEUTSCH "La psychologie des femmes" Chap. Maternité

Les femmes se sont ainsi habituées à se mieux connaître et on ne peut que se réjouir de ce progrès et en particulier de la dédramatisation qu'il provoque. On a tout intérêt à supprimer le pathos, qui, dans les faits comme dans la littérature, entourait la naissance qui devrait rester un acte simple. La place est ainsi laissée au sérieux que requière l'éducation de l'enfant, ce qui est une affaire combien plus grave. Enfin la participation du mari à la grossesse et à l'accouchement peut contribuer à éviter la séparation secrète du couple, chacun dans des rôles bien définis.

On le voit, par conséquent, la phase placentaire est elle aussi à double face, l'état euphorique, le bien être physiologique, le sentiment exaltant d'une vie en marche se doublent d'une crainte vague, d'un désintérêt à tout ce qui n'est pas l'enfant, d'un changement dans la nature des relations conjugales. Enfin le problème profond de la maternité se dessine : la femme abrite une vie qui est encore elle-même et qui progressivement se différencie. Cette symbiose n'est que temporaire. Or l'affectivité féminine a tendance à l'accueillir comme un fait définitif. Le développement de l'embryon symbolise assez bien l'évolution psychique de l'enfant à l'adulte. Totallement dépendant de la mère pendant la grossesse il se différencie cependant acquérant les uns après les autres ses organes vitaux et deviendra presque autonome physiologiquement à la naissance. Les mois et les années qui suivent celle-ci sont émaillés de séparation successives d'avec la mère, jusqu'à l'autonomie complète, physique et psychique, de l'enfant devenu adulte.

Vue sous cet angle, la maternité est le sacrifice progressif de l'union étroite entre la mère et l'enfant. C'est peut-être cette notion, ressentie inconsciemment qui assombrit les moments euphoriques de la grossesse en prévenant la femme des problèmes affectifs qui l'attendent.

Il ne faudrait pas en déduire que la maternité est une suite de sacrifices et de séparations douloureuses. Vécue pleinement par une mère qui sait donner sa liberté à l'enfant, la maternité est au contraire source de joie et d'accomplissement mais cela ne va pas sans certaines difficultés. Et comme on passe volontiers ces dernières sous silence, nous sommes amenés à y insister.

LA FIN DE LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

Le dernier mois de la grossesse mérite une place à part parce qu'il est tout entier sous le signe de la future naissance. Jusque là la femme s'impatiente rarement. Il n'en va pas de même pendant les dernières semaines. Tous ces phénomènes ont été bien analysés : la fatigue physique, une relative impotence, variable suivant les femmes, rendent ces derniers moments plus pénibles. Mais c'est surtout l'impatience qui prédomine et le désir de tenir enfin l'enfant dans ses bras, d'être renseignée sur son sexe, et d'avoir passé l'accouchement sans encombres.

Physiologiquement les hormones sexuelles sont à leur maximum. Leur taux tombe brutalement au moment de l'accouchement. Les auteurs sont d'ailleurs partagés sur ce fait : la chute hormonale se produit-elle avant l'accouchement, provoquant ~~colni-ci~~ ou dans les suites de couches, les faits ne sont pas élucidés et le déterminisme du travail reste mal compris. On peut faire une analogie très grossière avec le cycle menstruel : ~~même~~ maximum hormonal suivi d'une chute brusque. Même tension psychologique aboutissant à un dénouement. Ce sont surtout les suites de couches qui rappellent un peu les règles, en plus prononcé, physiologiquement s'entend.

L'accouchement autrefois représentait un réveil assez brutal et intervenait dans le caractère maternel en lui donnant une note dramatique. Les techniques d'accouchement qui emploient les anesthésiques à l'expulsion, privant la femme de la prise de conscience, ont aussi, nous semble-t-il, leur inconvénient. S'il n'y a plus de drame, la femme manque néanmoins le moment de la naissance. Souvent, par la suite, elle ne parvient pas à réaliser que l'enfant qu'on lui présente est bien le sien.

Le principe de l'ASD est plus intéressant puisque le moment crucial de la naissance est vécu en pleine conscience par la femme, ayant souvent son mari à ses côtés. Elle aura ainsi le sentiment d'avoir fait naître son enfant et ceci, paradoxalement, pourra l'aider à s'en détacher progressivement. Tandis que celle qui n'est jamais sûre, pour ne pas l'avoir vécu consciemment, que c'est bien son enfant qu'elle a mis au monde, pourra ressentir des difficultés intérieures à s'en séparer affectivement quand ce sera nécessaire. Ceci ne veut pas dire qu'il suffit d'accoucher sans douleur pour être une bonne mère, loin de là, et même la joie d'un accouchement réussi peut faire négliger les réalités des devoirs maternels. Mais un bon

accouchement symbolise, ou peut symboliser, le processus de la deuxième naissance de l'enfant, la naissance psychologique, qui, elle, se fait progressivement, pendant l'éducation. Pendant les années qui suivent la naissance on verra se différencier deux grands types d'attitudes maternelles : celle qui s'attache l'enfant, et celle qui lui permet d'acquérir son autonomie.

LE CARACTERE MATERNEL - PROBLEMES D'EDUCATION ET PROBLEMES GENERAUX

On peut se demander s'il est vraiment nécessaire de faire apparaître l'aspect problématique de la maternité. Les événements qui jalonnent l'existence, si on les regarde de près, sont étonnement à double faces. Les meilleures qualités ont leurs revers et certains aspects de la vie réputés négatifs ont parfois des conséquences positives surprenantes. La maternité n'échappe pas à cette loi. Elle représente pour la femme la possibilité de s'accomplir. C'est ce que chacun sent au plus profond d'elle-même. Cependant elle peut être tout à la fois l'occasion d'une déformation. De l'adolescence à la ménopause un caractère, une destinée s'affirment. Pendant ces années la femme devient. Elle réalise certaines possibilités qui étaient en elle, en puissance, à l'adolescence. Si la maternité n'apportait que du positif au caractère féminin, les mères aborderaient la ménopause en plein épanouissement, ce qui n'est évidemment pas le cas. Il ne s'agit pas pour autant de n'incriminer que les difficultés de la maternité, mais les négliger serait aussi erroné. La jeune fille porte en elle certaines tendances que son éducation a préformées. Elle les développe inégalement pendant sa vie féminine. De nombreux facteurs, dont nous n'épuiserions pas la liste, sont en cause. Nous y joindrons l'expérience maternelle. C'est avec ce bagage qu'elle arrive à la ménopause, passage difficile, car elle devra alors renoncer à ce qui a fait sa joie de jeune mère. C'est là que, subjectivement, les défauts cachés d'une attitude maternelle excessive se feront plus particulièrement sentir et feront souffrir en tout premier lieu celle qui les a développés. Ces troubles se répercuteront alors sur les enfants enchainant parfois ceux-ci d'une manière irrémédiable. Nous avons vu que certaines jeunes filles peuvent présenter des troubles psychiques graves à la puberté et que dans ces cas on retrouve un attachement très particulier entre la mère et la fille; attachement tel qu'on n'arrive pas toujours à réaliser la séparation cependant indispensable pour la guérison de l'enfant. "On saisit par là le caractère incoercible et aveugle de certains instincts, même lorsqu'il s'agit

d'amour maternel, instinct dont les déviations peuvent aller jusqu'à l'encontre de son but, mais qui présente précisément ce caractère absolu et fermé qui fait à la fois la force et la faiblesse de ces manifestations naturelles non évoluées" (1).

Aussi plutôt que de se poser le problème, quand il est trop tard, ne vaudrait-il pas mieux s'interroger dès le début sur les multiples conséquences de la maternité ?

Evidemment le terme "maternel" tant qu'il symbolise la douceur, la protection l'altruisme, l'oubli de soi, représente des valeurs certaines. Mais il peut aussi cacher la possessivité, l'autorité, le chauvinisme, l'excès de protection, tendances dont toute mère aura à se méfier un jour ou l'autre.

Déjà, bien avant la grossesse on peut pressentir les multiples tendances maternelles chez la jeune-fille ou la jeune-femme sans enfant. La première grossesse oriente celle-ci d'une façon définitive, à la manière dont un aiguillage dirige un train dans une voie donnée. A ce moment là certains aspects du caractère sont renforcés au détriment des autres, et ceci pendant les neuf mois de l'attente, bien avant l'accouchement. La grossesse est réellement un tournant dans la vie féminine comme la puberté en a été un. La naissance ne fera qu'objectiver cette nouvelle orientation.

Il semble à beaucoup de couples, après la naissance du premier enfant, que la vie enchaine automatiquement et qu'il n'y a plus qu'à se laisser conduire dans ces rails. Il faut gagner sa vie, élever le ou les enfants et vingt ans se passent ainsi. Celles qui, sentant cette loi, se révoltent en niant leur maternité, en se déchargeant sur d'autres de leurs responsabilités, en retournant à un métier qui leur apparaît préserver leur liberté, ne font pas avancer le problème pour autant. Elles souffrent de la sujétion aux devoirs maternels. Celles qui s'y plient volontiers paraissent être plus en accord avec leur vocation féminine. Tout tient cependant à la façon dont elles le font. La fonction maternelle est éveillée et la femme y puise un certain savoir instinctif qui lui permet de mener à bien les travaux de la maternité. Ce phénomène est analogue à celui qui permet aux femelles animales d'élever correctement leurs petits. Cependant, dans l'espèce humaine, les problèmes sont différents. Il ne s'agit pas seulement d'élevage mais d'éducation. Aussi le niveau réflexif de la mère est-il plus important que son savoir instinctif. Il ne suffit pas d'avoir

(1) Cf Henri BERUK "Traité de psychiatrie" T.II.

un beau bébé bien rose, bien nourri, bien propre et bien habillé. Il s'agit d'un être humain dont l'éducation commence dès les premiers jours. C'est ainsi que l'accouchement la naissance, ouvrent la porte à de multiples problèmes qui s'étagent sur les années à venir. D'un seul coup la femme est transportée dans une nouvelle dimension. Ses actions auront des conséquences lointaines. Son horizon semble se rétrécir à l'enfant sa responsabilité va se prolonger dans le temps, de son enfant aux enfants de celui-ci, à l'infini.

Au lendemain de l'accouchement tout est désormais changé. L'enfant est là. La naissance s'est bien ou mal déroulée, "les jeux sont faits" pourrait-on dire. La femme était seule à percevoir les mouvements du fœtus pendant la grossesse, à pouvoir objectiver sa présence. Celle-ci est maintenant devenue pour tous une réalité et plus spécialement pour le mari. Le couple a changé de dimension. Ceci demandera en fait une adaptation psychologique beaucoup plus longue semble-t-il qu'on ne le croit habituellement. Aussi les mois qui suivent la naissance sont-ils très particuliers.

L'accouchement lui-même est une sorte de sureffort nerveux et musculaire qui laisse, dans les jours qui suivent, une sensation de fatigue intense. A ceci s'ajoute la chute des hormones sexuelles, brutale et d'autant plus importante que leur taux, à la veille de l'accouchement, était considérablement élevé. L'organisme maternel va revenir progressivement à son état antérieur à la grossesse. Mais si la femme allaite, son état hormonal présente des particularités. Les hormones sexuelles sont présentes mais abaissées, leur sécrétion est uniforme. Une nouvelle hormone hypophysaire la Prolactine (qui peut être est analogue à la LH) entre en jeu pour régler les mécanismes de la lactation.

Dans les jours qui suivent la naissance, la mère, à peine remise de ses fatigues, entreprend l'allaitement. Le sureffort et la fatigue de l'accouchement, le changement de l'équilibre hormonal, les débuts de la lactation, tous ces facteurs favorisent et entretiennent un état dépressif que ne feront que renforcer les souvenirs de la naissance qu'ils sont traumatisants. Si au contraire la naissance a été "réussie" cela aidera la mère à traverser cette période difficile. Diminuée physiologiquement elle a à faire face à des problèmes nouveaux, affectifs et pratiques auxquels

elle n'est pas préparée. Il est bien rare, en particulier, que l'allaitement s'installe sans difficultés. La plupart du temps, l'adaptation est pénible. La mère n'a pas assez de lait, ou elle en a trop. L'enfant boit trop vite ou trop lentement etc... Ceci réclame une mise au point attentive. L'allaitement maternel est profondément nécessaire à l'enfant, tant au point de vue physique que psychologique. Il permet à la mère de rentrer en relation avec lui, mais ses débuts sont toujours délicats. Par la suite, il immobilise la mère beaucoup plus. Ainsi les problèmes pratiques, les tâches ménagères nouvelles, les journées découpées par les multiples tétées, les nuits écourtées, les inquiétudes de la femme devant cet enfant dont elle se sent responsable, ses alarmes au moindre pleur, tout ceci diminue momentanément ses facultés psychiques. Elle passe d'une tâche à l'autre dans un état parfois légèrement somnambulique, ne trouve guère le temps de réfléchir à sa nouvelle situation, et frôle bien souvent le découragement. La constellation familiale est bouleversée par l'arrivée du nouveau-né. Si une aide matérielle est si précieuse pour la mère pendant les premiers mois, c'est pas seulement pour qu'elle se repose, mais aussi pour qu'elle puisse faire le point de la situation.

Nous avons cherché à mettre en évidence, dans le chapitre concernant le cycle menstruel, le fait que l'instinct de reproduction féminin avait un caractère diphasique. A la relation conjugale succède la relation maternelle, et l'une entre en compétition avec l'autre. Aussi, après la naissance, lorsque la mère expérimente ses premières relations avec l'enfant, cette particularité se fait-elle sentir. La femme doit apprendre à se partager entre le nouveau-né et son mari. Matériellement l'enfant est totalement dépendant d'elle. De son côté elle est volontiers complètement absorbée par les soins qu'il requière.

Si son mari est assez mûr pour accepter ces nouvelles relations et le partage avec l'enfant, participer aux problèmes maternels de sa femme tout en recréant l'échange conjugal. Si la femme accepte de lutter contre son utilatéralité et cherche à équilibrer son affection en la répartissant entre son mari et son enfant, le couple accède à une nouvelle dimension. Cependant il n'en est pas toujours ainsi, si la femme se plonge dans sa maternité avec une complète indifférence au reste du monde. Si elle a quelque peu souffert de son ambivalence au lieu d'en comprendre la richesse elle pourra trouver confortable de rétrécir son champ affectif et de tout concentrer sur l'enfant, sans se douter qu'il ne s'agit plus tout à fait d'amour maternel mais que

celui-ci se nuance alors d'égoïsme. Si le mari, manquant de maturité, accepte mal les nécessités de l'élevage du tout petit elle se sentira justifiée de la défendre contre son père et de poursuivre ainsi son attitude unilatérale.

La proximité qu'elle a avec le nouveau-né lui est indispensable pour donner à celui-ci la sécurité physique et psychique dont il a besoin. Mais ceci favorise une sorte de rétrécissement de la vision. Particulièrement apte à saisir les besoins ou les malaises du bébé elle perd ainsi de vue l'ensemble de la situation. Elle a par conséquent besoin que son mari compense cette tendance par la vue d'ensemble qu'il peut naturellement avoir. Malheureusement elle ne l'accepte pas toujours. Elle est persuadée que son optique limitée est la seule valable. Nous touchons peut-être là une des caractéristiques les plus importantes de la psychologie maternelle. Très vite en ce qui concerne son enfant, la mère est volontiers persuadée tout savoir et mieux que personne. Cette conviction favorise souvent une attitude autoritaire qui donne à la femme le sentiment de sa puissance mais irrite son entourage. La dualité féminine n'est d'ailleurs pas résolue par son nouvel état de mère. Cette dualité permet à la femme, nous l'avons vu, de nuancer les tendances opposées en équilibrant l'une par l'autre. Cette variabilité est dangereuse pour la femme si les états différents qu'elle traverse ne se modèrent pas réciproquement. Aussi la maternité n'arrange pas toujours les choses. En renforçant le pôle maternel elle crée une insuffisance des tendances féminines. Celle-ci pourra se faire sentir de maintes façons. Les états dépressifs subits, entre autres, les troubles neuro-végétatifs qui accablent les femmes, trouvent sans doute là une de leurs origines. Rassurée profondément quant à sa destinée féminine par sa maternité, la femme n'en a pas moins à se débattre avec les mêmes difficultés, les mêmes variations psychologiques qu'autrefois. Qu'elle puisse s'étayer sur son autorité maternelle n'est pas toujours un bienfait car elle développe ce seul aspect de sa personnalité aux dépens de sa féminité. La mère reste (ou devrait rester) une femme. Elle a besoin pour cela de l'appui de son mari. Elle ne peut l'avoir que si elle n'a pas cédé à la tendance d'exercer sur ce dernier aussi l'autorité qu'elle exerce sur ses enfants. Cette dernière éventualité n'est pas rare, la mère ne développant plus qu'un seul registre émotif tend sa sollicitude maternelle à toute la famille. Le mari est un enfant de plus, "un grand enfant" comme disent beaucoup. La femme s'enlève de ce fait la possibilité de trouver en son mari un appui sûr et ne peut vivre en polarisation avec lui la contrepartie féminine de sa psychologie. Ainsi de créera une déformation que rien ne viendra corriger. La première année de

L'enfant favorise cet état de choses et cette tendance protectrice parce qu'il semble à la mère (et bien souvent au mari) que le nouveau-né doit être exclusivement protégé, alors qu'il a plutôt besoin d'une sorte de protection "dégressive" diminuant au fur et à mesure que ses facultés d'adaptation augmentent. Le nouveau-né a un système nerveux qui se développe extraordinairement la première année, ainsi qu'une affectivité qui se forme dès ce stade. Aussi c'est à ce moment, donc dès le début, qu'une véritable éducation doit commencer.

Tant que le nourrisson est privé d'action sur le monde extérieur, tant qu'il ne marche ni ne parle, certains travers favorisés par une tendresse excessive ne paraissent pas. Ils seront cependant déterminés très tôt par l'attitude maternelle. A l'opposé, un nouveau-né privé des attentions maternelles ne peut se développer normalement. La mère ne doit donc ne donner ni trop peu ni trop. Mais quels critères avons-nous pour évaluer à leur juste mesure les attentions et la fermeté nécessaires ? L'instinct ne renseigne guère la femme dans ce cas. Cette toute première éducation semble particulièrement délicate. Elle requiert beaucoup d'intuition. C'est ainsi que dès les premiers jours les problèmes éducatifs commencent à se poser : l'enfant pleure, c'est son premier langage. La mère y répond et déjà, elle forme l'enfant. Si bien que dès le début il peut être nécessaire de savoir résister au bébé qui demande à téter avant son heure ou qui n'aime pas qu'on le recouche. Le tout est affaire d'intuition pour trouver le juste dosage entre la compréhension et la résistance aux caprices, et le réajuster continuellement.

L'enfant a besoin d'une mère pour développer ses facultés sensorielles, mais il doit aussi apprendre à se passer d'elle. On le voit, rien n'est jamais univoque. Physiologiquement pendant la grossesse, la mère représente pour l'enfant l'abri total, la protection maximum. La naissance elle-même est pour lui un traumatisme considérable. L'enfant par la suite ne peut passer brutalement de cette protection majeure à l'abandon dans un monde hostile. La mère est là pour assurer cette transition qui, dans l'espèce humaine, est particulièrement longue. La protection maternelle va en diminuant à mesure que les capacités d'adaptation de l'enfant augmentent. Jusqu'à ce que, adulte, il se libère tout à fait. C'est elle qui est responsable de l'autonomie de son enfant. Elle lui apprend en quelque sorte à se passer d'elle, tout en sachant lui donner ce qui lui est indispensable. C'est au fond une véritable oeuvre d'art.

Mais beaucoup de mères confondent amour maternel et protection. Elles sont néanmoins amenées nécessairement à exercer sur leur enfant une contrainte. Seulement celle-ci se développe un peu au hasard. La mère ne dispose pas, la plupart du temps, d'une dialectique suffisante de la contrainte et de la compréhension qui lui permette d'équilibrer l'une et l'autre en vue d'un but éducatif supérieur. Cette notion d'équilibre entre tendances opposées est un des pivots de la psychologie féminine. Nous l'avons retrouvée au cours du cycle et de la grossesse. Nous voyons maintenant qu'elle régit l'éducation. Elle est à nos yeux d'une grande valeur pour la femme. C'est encore à la mère qu'il incombe dans ces problèmes éducatifs de laisser au père la place qui lui revient auprès de ses enfants. Ceux-ci ne se trouveront équilibrés que s'ils peuvent avoir des relations avec leurs deux parents. C'est ainsi que la féminité rejoint la maternité car en se rapprochant de son mari la mère favorise l'échange affectueux entre ses enfants et leur père. C'est ainsi qu'un esprit maternel profond rejoint l'esprit féminin.

Ainsi, absorbée effectivement et matériellement par l'enfant, la femme devenue mère a réellement changé. Ce changement peut être bénéfique, surtout s'il ne renie pas l'autre aspect de la psyché féminine, celui qui prédominait avant la maternité. Sinon la mère refoule toute une partie d'elle-même. Il faut donc qu'elle reprenne contact avec sa féminité. Le retour de couches nous semble favoriser ce processus. Avec la réinstallation du cycle menstruel, la jeune mère pourra plus facilement retrouver la partie d'elle-même pendant l'expérience de la grossesse et harmoniser ainsi son passé et son présent.

On voit donc à quel point la première grossesse est une expérience considérable pour la femme, un tournant dans sa vie. Les naissances suivantes ne peuvent que renforcer les tendances nées avec le premier enfant. Et ainsi son épanouissement ou son unilatéralité s'accroîtront-ils. Nous avons surtout insisté sur cette dernière, faisant de la maternité une description beaucoup moins réjouissante qu'il n'est habituel. Evidemment ce tableau est incomplet. L'existence des difficultés de l'expérience maternelle n'exclue pas, loin de là, ses qualités. Cependant; dans la mesure où, du fait du sentiment d'infériorité que provoque le cycle menstruel, l'aspect positif de la maternité est surestimé; il nous semblait intéressant de rétablir l'équilibre en considérant l'aspect bienfait du cycle et les problèmes de la

maternité. Il s'agit bien cependant d'un équilibre et par conséquent nous ne voulons pas renverser la vapeur en surestimant l'aspect féminin au détriment de l'aspect maternel.

L'esprit féminin et l'esprit maternel sont deux qualités, aussi valables l'une que l'autre, qui demandent à être développées de pair afin de se corriger l'une l'autre de leurs excès, et peuvent sans doute ainsi conduire la femme à une synthèse psychique plus profonde.

CONCLUSION

Les événements biologiques, nous l'avons vu, sont déterminants dans la vie féminine. Leur influence s'exerce dans deux directions opposées que l'on peut définir ainsi : la fonction féminine et la fonction maternelle. Cette dernière est certainement la moins refoulée des deux. Elle est soumise à l'appréciation ambiante unanime tandis que la fonction féminine provoque à l'égard de la femme une attitude souvent ambivalente d'admiration et de méfiance mêlée. La femme subit évidemment cette image d'elle-même et la fait sienne, en tout ou partie, justifiant certains préjugés à son égard ou se révoltant contre eux. Cette ambivalence à son égard, et dans son appréciation d'elle-même, repose sur une réelle dualité biologique qui est pour elle bien souvent un véritable problème. Une simplification facile d'autre part a accentué le positif de la fonction maternelle et déprécié la fonction féminine. En réalité ces deux tendances opposées ne sont ni l'une ni l'autre exclusivement bonne ou mauvaise mais contiennent, l'une comme l'autre, des éléments positifs et négatifs dont il faut tenir compte, dans un cas comme dans l'autre.

La majorité des femmes considérées comme normales oscillent entre les deux pôles de leur activité avec plus ou moins de bonheur. Cependant, lorsque le premier enfant est né, la femme est à tout jamais devenue une mère et dans la plupart des cas la balance psychologique penchera vers cette fonction. Il y a une différence capitale entre la jeune femme sans enfants dont la seule expérience est amoureuse et la jeune mère, et, bon gré mal gré, toute notre société est influencée par cette transformation de la femme entre vingt et quarante ans, à l'âge des maternités. Nul doute que si la majorité des jeunes mères gardait après le premier enfant la fraîcheur de la jeunesse la société elle-même en serait influencée.

On peut opposer qu'une telle chose est impossible, que la femme en portant son fruit doit parvenir à la maturité et que la fraîcheur juvénile n'est plus de mise. Qu'elle serait ridicule même. Cependant, assez souvent, ce qu'on appelle maturité et épanouissement maternel chez la femme montrent certains aspects moins avantageux. Lorsque la maternité en rassurant la femme sur sa propre valeur, augmente sa confiance en elle, ceci pour faire oublier les devoirs qui lui incombent. La tendance à compenser le sentiment d'infériorité infantile n'est pas l'apanage de la femme mais chez celle-ci le sentiment d'infériorité trouve dans le cycle menstruel une justification de choix et aboutit fréquemment à considérer la maternité comme le seul aspect positif du caractère féminin. L'abnégation et le sacrifice maternels sont profonds et réels. Mais parfois la mère ressent à se sacrifier un certain plaisir qui donne à son amour maternel une nuance particulière et la rend volontiers possessive. Ce dernier type de mère est sans doute l'un des plus fréquents en psychologie maternelle.

Avec cette espèce de prise d'autorité dans la maternité la femme peut perdre sa faculté de renouvellement. Lorsque les enfants seront adultes elle acceptera difficilement de les traiter comme tels, et ceci explique bien des troubles psychiques de la ménopause. La femme qui a mis toute sa valeur dans la fonction maternelle ne peut ressentir la fin de celle-ci comme la mort de la partie essentielle d'elle-même. Lorsque sa faculté de renouvellement a disparu et que ses relations conjugales se sont plus ou moins détériorées il ne lui reste que la possibilité de revivre dans ses petits-enfants la fonction désormais disparue pour elle. Son univers s'est étriqué, sa joie de vivre peut être à tout jamais perdue. La surestimation de la maternité amène la femme à ne vivre intensément que vingt années de sa vie d'adulte, tout le reste, l'adolescence et post ménopause est perdu.

La recherche de la puissance ne s'exerce plus actuellement dans la seule direction maternelle. La vie moderne, moins patriarcale, n'apporte d'ailleurs pas à la jeune mère toutes les joies qu'elle pouvait ressentir dans les institutions familiales d'autrefois. Aussi bien des jeunes femmes recherchent une solution à leurs problèmes en exerçant leurs fonctions intellectuelles et en brigant une promotion sociale calquée sur l'activité masculine. Les jeunes filles en effet vivent toutes avant le mariage une vie plus active ou plus intellectuelle que leurs ancêtres. Autrefois on les préparait au mariage et surtout à la maternité. Actuellement on leur donne un métier. Elles développent ainsi une composante masculine de leur personnalité

et ressentent une joie réelle, créatrice, à agrandir le champ de leurs possibilités. Puis, avec le mariage et la maternité, elles se retrouvent confinées dans un monde auquel elles avaient échappé, qui ne suscite plus, avec la mécanisation des tâches ménagères, leurs capacités créatives et ressentent parfois un vide désespérant (1).

C'est le sentiment d'infériorité féminin qui fausse le problème en provoquant la recherche d'une activité compensatrice, maternelle ou professionnelle. Ou, plus exactement, donne aux activités féminines un caractère compensateur qui, souvent leur enlève une partie de leur valeur. En réalité, nous semble-t-il, la femme n'est pas différente de l'homme quand elle ressent le besoin de développer les possibilités dont elle dispose. C'est la surestimation de certaines **activités**, variables suivant les époques et les civilisations, qui est à critiquer. Une fois ces motivations mises à part le besoin créateur, lui, reste entier et essentiel. La femme dispose d'une variété d'intérêts où elle peut développer sa créativité. L'éducation des enfants et la vie familiale en tout premier lieu, s'ils ne sont pas réduits aux banalités ménagères mais compris comme une activité psychologique. Bien d'autres domaines lui sont ouverts où elle peut exercer ses facultés, à condition de ne pas tomber dans l'erreur d'attribuer une valeur créatrice à des activités qui ne l'attirent en fait que par leur nouveauté ou leur salaire. La femme peut se perdre dans une vie familiale étriquée comme dans une activité professionnelle si elle agit par compensation.

Pour éviter cette tendance compensatrice il lui faut reprendre confiance en elle-même en tant que femme, et non sur des justifications à postériori, des preuves qu'elle se donne de ses possibilités. C'est alors que l'acceptation de sa féminité dresse la première barrière sur ce chemin difficile. Nous avons longuement examiné quels sentiments de sujétion, quels tabous pouvaient éveiller le cycle menstruel, et comment la maternité peut devenir une tentation de puissance. Il serait bénéfique pour la femme de sortir de ce cercle vicieux. De ne pas, tout d'abord, s'identifier exagérément avec le positif et le négatif de ses deux fonctions mais de chercher en elle-même le point de référence neutre, stable, d'où elle puisse appréhender les différents aspects de sa vie.

(1) Cf Betty Friedan "La femme mystifiée" Ed. Conthier.

Si la technique de l'ASD a attiré notre attention, c'est parce qu'elle représente un pas fait dans ce sens. La connaissance physiologique qu'elle apporte éveille les facultés psychiques féminines et donne à la mère une valeur qui n'est pas seulement instinctive. L'autodiscipline qu'elle enseigne, avec de bons résultats dans le domaine strict de l'accouchement, peut prolonger ses effets dans la vie courante. Mais surtout ces deux principes : connaissance et discipline sont la base même d'une véritable vie intérieure et d'une réelle activité créatrice sous quelque forme qu'elle s'exerce. Aussi cette éducation que reçoit la femme pour son accouchement peut lui servir de principe directeur dans la vie.

Que la femme apprenne à se connaître complètement et à apprécier à leur juste valeur les diverses tendances qui l'animent, qu'elle puisse diriger celles-ci afin de faire de sa vie même une création, qu'elle prenne ainsi confiance en ses possibilités et elle pourra peut être découvrir que sa condition n'est pas inférieure et qu'elle peut puiser sa richesse dans des aspects d'elle-même que jusque là elle négligeait.

C O N C L U S I O N S

Les conclusions de notre thèse seront donc les suivantes :

1°) Les hormones sexuelles agissent profondément sur le comportement féminin et donnent à celui-ci une double orientation psychologique que l'on peut définir ainsi : la tendance "féminine" sous la dépendance de la folliculine (l'hormone de l'amoureuse) et la tendance "maternelle" sous la dépendance de la progestérone (l'hormone de la mère).

2°) Le cycle menstruel et la menstruation ont une profonde action sur l'aspect dit "féminin" du caractère de la femme et, plus particulièrement, posent couramment certains problèmes aux femmes par ailleurs "normales". Ce sont principalement :

- les troubles hyperfolliculiniques d'expression psychique ou psychique.
- les problèmes physiologiques et psychologiques de la fécondité.
- le problème particulier des règles qui font bien souvent naître dans l'esprit féminin, outre les sensations de fatigue physique, un sentiment d'infériorité, de dégoût et de refus de la condition féminine.

3°) La maternité donne le plus souvent à la femme la confirmation de sa valeur et cela d'autant plus quelle a souffert d'un sentiment d'infériorité vis à vis de sa condition féminine. Dans ce cas, la mère, qui puise dans son nouvel état une profonde confiance en elle, court parfois le risque de rétrécir sa personnalité à sa seule fonction maternelle, attitude psychologique qui nous paraît devoir être à l'origine de certains excès et du caractère possessif de certaines mères ainsi que de nombreux problèmes affectifs de la ménopause.

4°) La femme, en prenant connaissance des différentes tendances qui l'animent, pourrait, nous semble-t-il, s'en rendre plus aisément maîtresse et parvenir ainsi

à une véritable synthèse de sa personnalité. Ceci demande une certaine connaissance des phénomènes biologiques essentiels de la vie féminine et la pratique de la maîtrise de soi, principes qui ont déjà été pratiqués avec succès dans la technique de l'Accouchement sans douleur. Cette connaissance et cette maîtrise de soi en permettant à la femme de développer plus harmonieusement son affectivité, ne peut qu'avoir des conséquences bénéfiques sur sa vie conjugale et sur l'éducation des enfants.

Vu, le Président de Thèse :

S. DE SEZE

Vu, le Doyen de la Faculté :

G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

- ABELY P., ASSAILLY A., LAINE B.
Les facteurs vasculaires et endocriniens de l'affectivité.
- ALLENDY
Capitalisme et sexualité
De l'amour.
- AUDEOUD-NAVILLE A.
Eve et l'arbre de la connaissance
- BARUK H.
- BARUK H., LABONELLIE B. et LEURET S.
Les psychoses hyperfolliculiniques en clinique humaine et dans l'expérimentation animale
Ann. Med. Psy. n° 3 Mars 1939
- BARUK H., DAVID M., RACINE M. et LEURET S.
Psychoses folliculiniques et troubles circulatoires
P.M. 12 Mars 1940
- BARUK H.
Hypophyse, volonté et personnalité morale
P.M. 26 Juillet 1947
- BARUK H.
De quelques psychoses endocriniennes. Folliculine et troubles mentaux.
Le Progrès Médical 29 Octobre 1938
- BARUK H.
Traité de Psychiatrie T.II
- BARUK H. et Coll.
Hormones sexuelles et hypophysaires dans les psychoses. Recherches cliniques biologiques et expérimentales.
Ann. Med. Psych. 1948, T.I p 446-453
- BARUK H. et CAMUS
Le principe toxique cataleptisant de la bile humaine
P.M. 19 octobre 1949

BARUK H.

Psychose ovarienne hypofolliculinique à forme cénestropathique et schizo-
phrénique.

Annales d'endocrinologie T.9 n° 4 p. 354-356 1948

BARUK H. et Coll.

L'anxiété biliaire

Ann. Med. Psych. Février 1935

BARUK H.

Revue d'histoire de la médecine hébraïque Oct. 1956 n° 33

BECLERE

Les quatre hormones utilisées en gynécologie dans "De la puberté à la
ménopause.

BUYTENDIJK

La femme.

CHOISY Maryse

Le scandale de l'amour.

Savoir être maman.

CHATTERJI Usha

La femme indoue.

D'ALSACE J. et PALMER S.

La contraception 1966.

DE GENNES et Coll.

Trente exposés sur des sujets actuels d'endocrinologie.

Paris 1956

DE GENNES,

Préface à l'hyperfolliculinie. Etude clinique et anatomopathologique.

De WALLET 1946

DECOURT

Les aménorrhées hypothalamiques. Dans "Trente exposés sur des sujets actuels
d'endocrinologie" Paris 1956

DEUTSCH Hélène

Psychologie des femmes. P.U.F. t I. et II.

FLACHS A.

Troubles de la ménopause et troubles d'allure hyperfolliculinique

Thèse Paris 1962

DREYFUS G. et DE BRISE G.

Hormones et sexualité Paris 1951

GREGOIRE Mérie

Le métier de femme.

HARDING Esther

Les mystères de la femme.
P.U.F.

HERSCHBERG

Physiopathologie du syndrome hépato-ovarien dans "le syndrome hépato-ovarien" en coll avec HUET, BINET, GOLDLEWSKI, MARCHAL, MARTINI, SUCHET.

L'hyperfolliculinisme en médecine générale dans "De la puberté à la ménopause" en coll. avec BECLERE, FERRIER, GODLEWSKI, HUET.

Allergie à la folliculine.

JANET P.

La médecine psychologique.
Les névroses.

JEANSON Colette

Principes et pratique de l'accouchement sans douleur.

JUNG C.G.

Problèmes de l'âme moderne.
Réponse à Job.
Psychologie de l'inconscient.

KEYSERLING H. Von

La vie intime
Psychanalyse de l'Amérique (Chap. suprématie de la femme).

LECLAIRCIE J.

Les syndromes dits "hyperfolliculiniques"
Thèse Bordeaux 1961

LAMAZE F.

Qu'est-ce que l'accouchement sans douleur ?

LAMBERGEON Suzanne

Psychosomatique et angoisse féminine.

MARBEAU-CLEIRENS Béatrice

Psychologie des Mères.

MELI Anne-Marie

Contribution à l'étude du syndrome dit "hyperfolliculinique"
Thèse Bordeaux 1955.

MERGER, LEVY, MELCHIOR

Précis d'obstétrique.

PAVLOV I.

Oeuvres choisies.
Ed en langues étrangères, Moscou.

PAVLOV I.

Réflexes conditionnels et inhibition
Ed Gonthier.

POMES A.

Psychosomatique et gynécologie
Thèse Bordeaux 1956

READ

L'accouchement sans peur.

ROUSSEAU Yvonne

Les troubles de l'instinct maternel.

SELYE H.

Le Stress de la vie.

VELAY

Témoignages sur l'accouchement sans douleur.

WALLET

L'hyperfolliculinie
Thèse Paris 1945

L'hyperfolliculinie, étude clinique, anatomopathologique.
Paris 1946.



EDITIONS

40 R. Pascal

PARIS 13^e

TELEPHONE

535:18-93

535:18-62